

# الصحة النفسية

في ضوء علم النفس والإسلام

الدكتور كمال إبراهيم مرسى  
كلية التربية - جامعة الكويت

الدكتور محمد عوده  
كلية الشريعة - جامعة الكويت





# الصحة النفسية

في الإسلام وعالم النفس

الدكتور كمال إبراهيم مرسى  
كلية التربية - جامعة الكويت

الدكتور محمد عودة  
كلية التربية - جامعة الكويت



الطبعة الأولى  
١٤٠٤ هـ - ١٩٨٤ م

دار القلم - الكويت  
شارع السور - بجانب وزارة الخارجية - عمارة السور  
ص . ب : ٢٠١٤٦ - هاتف : ٢٤٥٧٤٠٧ - ٢٤٥٨٤٧٨ - برقية : تونيمكو

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ  
﴿ وَالَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ ﴾  
( سورة الرعد آية ٢٨ )



## « بسم الله الرحمن الرحيم »

### المقدمة

الحمد لله والصلاة والسلام على رسول الله .... أما بعد .

فالصحة النفسية أمنية غالية ينشدّها جميع الناس : أغنياء وفقراء ، رجلا ونساء . فمن شعر بها فهو في عيشة راضية ، ومن فقدّها أو انخرّف عنها فهو في عيشة ضنك ، لأن الشعور بالصحة النفسية يعني السعادة ، والشعور بعدمها يعني التعاسة واليأس .

وترتبط الصحة النفسية بالصحة الجسمية ، فلا غنى للنفس عن صحة الجسم ، ولا غنى للجسم عن صحة النفس . وقد بات الأطباء مقتنعين - اليوم أكثر من أى وقت مضى - بأن العناية بالصحة النفسية للمرضى عامل أساسي في سرعة البرء من الأمراض الجسمية .

كما تُعتبر الصحة النفسية عاملا رئيسيا للتفوق في التحصيل الدراسي ، وزيادة الإنتاج ، والترابط الأسرى ، والتماسك الاجتماعي ، والالتزام بمنهج الله في العبادات والمعاملات .

فتمتع الطالب بالصحة النفسية ، يُساعده على تركيز الانتباه ، وينمي دفاعيته للانحياز، ويهيّئه للاستفادة من كل طاقاته وقدراته في الدارسة والتحصيل . وهذا ما جعل رجال التربية يولون أهمية كبيرة للعناية بصحة التلاميذ النفسية ، وجعلوها هدفا أساسيا من أهداف التربية ، حيث لم تعد المدرسة الحديثة مكانا لحشو عقول التلاميذ بالمعلومات ، بل أصبحت مكانا لتربية نفوسهم وإصلاحها ، ووقايتها من الفساد والانحراف .

وتتمتع العامل بالصحة النفسية يرفع طموحه ، ويبيته للعمل والإنتاج ، ويشجعه على الإبداع في مجال تخصصه . وهذا ما جعل علماء الإدارة يضعون « العناية بالصحة النفسية للعمال » على رأس أهداف الإدارة العلمية ، واعتبروها من مقومات زيادة الإنتاج وتحسينه في المصانع والشركات والمؤسسات الحكومية والأهلية .

وتتمتع الزوجين بالصحة النفسية يجعلهما حسنَي الخُلق ، قليلَي المشاكل سريعَي التفاهم ، كثيرَي المودة والرحمة . وهذه صفات طيبة تساعد على نجاحهما في تكوين الأسرة المتأسكة ، التي هي اللبنة الأساسية في بناء المجتمع الصالح . من هنا اعتبر خبراء الشؤون الاجتماعية « العناية بالصحة النفسية للأسرة » عاملاً أساسياً من عوامل التنمية الاجتماعية والاقتصادية في المجتمع .

وتتمتع الشخص بالصحة النفسية يعني أنه في أحسن تقويم ، مؤمن بربه ، مقبل عليه ملتزم بهديهِ ، مطيع لأوامره ، مُبتعد عن نواهيه . وهذا ما يجعله في الناس ألقاً ومألوفاً .

وعلى العكس مما سبق يرتبط الشعور بانعدام الصحة النفسية بأمراض جسمية كثيرة ، فلدى الأطباء قائمة طويلة بالأمراض السيكوسوماتية ، وهي أعراض جسمية لا يعرفون لها عللاً عضوية ، ويرجعونها إلى انعدام الصحة النفسية .

كما يرتبط هذا الشعور المؤلم بضعف التحصيل الدراسي ، وانخفاض الإنتاج وتصعدع الأسر ، وانحرافات السلوك ، وتفكك المجتمع ، وضعف الإيمان بالله ، لذا تحرص كثير من الدول على توفير الظروف التي تساعد أبناءها على الشعور بالصحة النفسية ، وتحميمهم من الشعور بانعدامها ، فأنشأت مكاتب الإرشاد والتوجيه النفسي في المدارس والمصانع ، ومكاتب التوجيه الأسري ، وقدمت المساعدات المالية للمحتاجين ، وأقامت معاهد ومراكز تعليم وتأهيل وتشغيل ورعاية المعوقين والأيتام والجانحين والمعرضين للجنح والمجرمين ، وتوسعت في إنشاء العيادات النفسية الخارجية ، وطلورت أساليب علاج ورعاية نزلاء مستشفيات الطب النفسي ، وعينت بتجمعات الأطفال والشباب وغير ذلك .



ويعتبر تحقيق الصحة النفسية غاية علم النفس ومراده ، فعلماء النفس يبرون دراساتهم في مجالات كثيرة ، من أجل مساعدة الإنسان على معرفة علامات صحته النفسية ، وعوامل تحقيقها وأساليب المحافظة عليها ، وتصيره بعلامات اغراف صحته النفسية وأسبابها ، وطرق علاجها وأساليب الوقاية منها . وهذا ما يجعل دراسة علم النفس عامة والصحة النفسية خاصة ، مفيدة لكل شخص ، لكي يعرف قدراته وحاجاته ، ويدرك مشاعره وصراعاته واحباطاته وأساليب توافقه معها .

وسبق الإسلام علم النفس الحديث في تحديد صفات الصحة النفسية ، ونحث المسلمين على التحلي بها ، وحلل لهم الطيبات التي تساعد على تحقيقها ، كما بين لهم صفات انعدام الصحة النفسية ، ونهاهم عن الانصراف بها ، وحرم عليهم الخبائث التي توقعهم فيها . فمن يقرأ صفات عباد الرحمن ، وأخلاق المسلمين يجد فيها صفات الصحة النفسية كما حثها علماء النفس في العصر الحديث ، ومن يقرأ المعاملات الإسلامية يجد أن الله سبحانه وتعالى شرع الحريات التي تحقق الصحة النفسية ، وأمر المسلمين بالإكثار منها ، ومنع السيئات والمنكرات التي تسبب انعدام الصحة النفسية ، ونهى المسلمين عن اتيانها . كما أن من يعرف أسرار العبادات التي فرضت على المسلمين ، يلمس فيها صلاح النفوس وزكاتها ، ويجدها تدريباً للإنسان على امتلاك ناصية نفسه ، حتى يقلر عليها ، ويتحرر من عبودية شهواتها ، ويطلق طاقاته فيما ينفعه في الدنيا والآخرة ، وتلكم قمة الصحة النفسية بلغة علم النفس الحديث .

لذا نعتقد أنه لا فرق - من الناحية العلمية - أن ننظر إلى الصحة النفسية من منظور الإسلام ، أو منظور علم النفس الحديث ، لأن الهدف في الحالتين واحد ، ألا وهو سعادة الإنسان . كما أن ما أثبتته علماء النفس حديثاً بالتجريب العلمي على أنه من عوامل سعادة الإنسان في الدنيا ، أرشدنا إليه الإسلام ودعانا إلى اتباعه ، والعمل به ، لنسعد في الدنيا والآخرة .

ويلمس المتخصص في علم النفس أننا على صواب في اعتقادنا هذا ، عندما يقرأ ما جاء في القرآن الكريم . وأحاديث الرسول العظيم عن النفس البشرية في صلاحها وتقواها ، أو فسادها وانحرافها ، وعندما يقف على منهج الإسلام في

تربية النفوس وتركيتها ، وأساليبه في وقايتها من الانحراف ، وطرقه في علاج فسادها وضلالها . إذ سوف يجد نفسه أمام أحدث الآراء والأفكار التي وصل إليها علم النفس عن الصحة النفسية ، ويدرك أن الإسلام « علم في الصحة النفسية » ، وأن الرسول عليه الصلاة والسلام أعظم خبراء هذا العلم على مر العصور .

وهذا ما جعلنا ونحن نُعدُّ هذا الكتاب نأخذ - قليلا من كثير - من هدى الإسلام وإرشاداته في الصحة النفسية ، لابرار عظمة هذا الدين في فهم النفس الإنسانية ، وعنايته بسلامتها وصحتها ، وتقديم بعض الأدلة - من علم النفس - على أن اتباع منهج التربية الإسلامية فيه صلاح النفوس في كل زمان ومكان ، لأنه من عند صانع النفوس وملهمها فجورها وتقواها ﴿ قد أفلح من زكاها ، وقد خاب من دساها ﴾ .

ويهدف كتابنا إلى تعريف القارئ بمفهوم الصحة النفسية ، وخصائصها وعواملها ، وتبصيره بحاجاته الأساسية وأساليب توافقه السوية وغير السوية ، ومساعدته في الإلمام بأعراض وأسباب بعض الانحرافات النفسية الشائعة ، وإرشاده إلى أساليب علاجها وطرق الوقاية منها . لعله يستفيد من هذه المعرفة في اكتساب الخبرات التي تمكنه من المحافظة على صحته النفسية ، وصحة أهله وذويه ، ووقاية نفسه وإياهم من الانحرافات .

ويقع الكتاب في ستة فصول : تناولنا في الفصل الأول مفهوم الصحة النفسية عبر العصور المختلفة في الفلسفة وعلم النفس والإسلام ، وناقشنا في الفصل الثاني الحاجات العضوية وغير العضوية وعلاقتها بالصحة النفسية . وعرضنا في الفصل الثالث أساليب التوافق في مواقف الاحباط والصراع والقلق ، وبيننا الحيل النفسية الشائعة في هذه المواقف .

ونظرا لأن الاضطرابات النفسية والعقلية من العلامات الصارخة على انعدام الصحة النفسية فقد أفردنا الفصل الرابع لمناقشة أعراضها وأسبابها وأساليب علاجها ، وعوامل الوقاية منها . ثم تناولنا في الفصل الخامس بعض مشكلات الطفولة ، وفي الفصل السادس بعض المشكلات التربوية والسلوكية ، وبيننا مسؤوليات البيت والمدرسة في نشأتها وعلاجها والوقاية منها .

ونأمل أن يكون الكتاب بما احتواه من معلومات مفيداً للآباء والمدرسين والاختصاصيين الاجتماعيين والنفسيين في المحافظة على صحتهم النفسية ، وفي تحقيق الصحة النفسية لأهلهم ولمن يعملون ويتعاملون معهم في البيت والمدرسة . ونأمل أن يكون مفيداً لطلاب علم النفس والتربية والاجتماع والخدمة الاجتماعية وغيرهم ممن يدرسون مقررات في الصحة النفسية .

والله ولي التوفيق ،،

المؤلفان



## الفصل الأول

### مفهوم الصحة النفسية

- تمهيد
- الصحة النفسية في الفكر الإغريقي .
- الصحة النفسية عند الغزالي .
- الصحة النفسية وعلم النفس الحديث .
- الصحة النفسية والعلوم الطبية .
- الصحة النفسية والدين الإسلامي .
- مؤشرات الصحة النفسية .
- الصحة النفسية وميكولوجية التوافق .
- مفهومنا للصحة النفسية .

## تهيد

تأمل الإنسان في الكون وفي نفسه قديم قدم الإنسان ذاته . ونجد في قصة بحث سيدنا إبراهيم عليه السلام عن خالقه نوعاً من هذا التفكير . فقد نظر في ملكوت السموات والأرض بحثاً عن الله فافترض أنه كوكب أو قمر أو خمس . ولكنه رفض الفروض كلها وتبرأ منها لأن الكواكب تبرز وتغيب وهذا مخالف لطبيعة الله الذي يبحث عنه . ثم رفض ما يعبد آباؤه وطلب من الله أن يهديه . قال تعالى :

﴿ وَكَذَلِكَ نُرَى إِبْرَاهِيمَ مَلَكُوتَ السَّمَوَاتِ وَالْأَرْضِ وَلَيَكُونَ مِنَ الْمُوقِنِينَ فَلَمَّا جَنَّ عَلَيْهِ اللَّيْلُ رَأَى كَوْكَبًا قَالَ هَذَا رَبِّي فَلَمَّا أَفَلَ، قَالَ لَا أُحِبُّ الْإِفْلَاقَ . فَلَمَّا رَأَى الْقَمَرَ بَازِعًا قَالَ هَذَا رَبِّي فَلَمَّا أَفَلَ قَالَ لَئِنْ لَمْ يَبْدِلْهُ رَبِّي لِأَكُونَ مِنَ الْقَوْمِ الضَّالِّينَ . فَلَمَّا رَأَى الشَّمْسَ بَازِعَةً قَالَ هَذَا رَبِّي هَذَا أَكْبَرُ . فَلَمَّا أَفَلَتْ قَالَ : يَا قَوْمِ إِنِّي بَرِيءٌ مِمَّا تُشْرِكُونَ . إِنِّي وَجَّهْتُ وَجْهِيَ لِلَّذِي فَطَرَ السَّمَوَاتِ وَالْأَرْضَ حَنِيفًا وَمَا أَنَا مِنَ الْمُشْرِكِينَ ﴾ صدق الله العظيم<sup>(١)</sup> .

ولم يقتصر تأمل الإنسان على الكون بل تعناه إلى التأمل في نفسه لمعرفة كنهها وتعليل ما يعترها من تغيرات في النوم واليقظة ، وتفسير ما يطرأ من أحوال صحة ومرض ، وخوف وأمن وحزن وفرح ، وهلوع وهياج . وحاول السيطرة عليها بالتعاون والتفاهم وحلقات الزار ، ولجأ إلى السحرة والشعوذين ملتصاً عندهم الهلوع والراحة النفسية .

وإذا كان الإنسان قديماً قد فهم نفسه ، وسعى إلى تحقيق صحتها النفسية بطرق وأساليب بدائية ، فإنه اليوم أحوج ما يكون إلى من يعاونه في فهم نفسه ومعرفة إمكانياته وقدراته وتوجيهها الوجهة الصحيحة ليكون أقدر على مواجهة مشاكل الحضارة المعاصرة ، حيث تعقدت الحياة أكثر وازدادت الأعباء الملقاة على كاهله ، وارتفعت مستويات طموحه لتصل إلى ما هو أبعد من كثرته الأرضية ، وازدادت معارفه المادية زيادة مذهلة ، وتراجعت بالمقابل معارفه الروحية

(١) الانعام ، الآيات من ٧٥ - ٧٩ .

والأخلاقية ، حتى بات يتشكك في قيمه وما تألف عليه آباؤه وأجداده . وفقد بالتالي نقطة ارتكازه واهتز للدرجة فقد معها اتزانه ، حتى صارت مظاهر التوتر والضيق والقلق هي سمات هذا العصر وتغيبت الصحة النفسية حتى كادت تصبح خرافة . مما حدا بعلماء النفس أن يتنادوا في مؤتمرات دولية أو إقليمية ، لتبحث وتناقش شئون إنسان هذا العصر علّها تجد له من الوسائل ما ينقذه من الوقوع فريسة اليأس والضياع ، ويوفر له الشروط المعقولة للصحة النفسية .

وهكذا تأكلت شرعية وضرورة البحث في صحة الإنسان النفسية حتى أضحي هذا الميدان مخصصا لفرع من فروع علم النفس هو علم الصحة النفسية . وأصبح لزاما علينا ونحن نحاول التعرف على مفهوم الصحة النفسية ، أو قل ونحن نحاول تلمس طريقنا لتحديد معالمه وإنارته بشكل أوضح لئلا نرى من خلاله كيف يجب أن تكون الصحة النفسية للفرد ، أصبح لزاما علينا أن نعرض لهذا المفهوم من وجهة نظر تاريخية في دراسة وصفية نقدية نأمل من خلالها بناء وجهة نظر خاصة بنا في هذا الموضوع .

### الصحة النفسية في الفكر الإغريقي

تعامل الإغريق مع الإنسان على اعتبار أنه مكون من شقين النفس والجسد . وقد استخدم فلاسفتهم الروح والنفس بمعنى واحد . كما حاول الفلاسفة الطبيعيون أن يقدموا تصورا لماهية النفس ، فمنهم من رأى أنها الدم ، ومنهم من اعتبرها الحرارة الكائنة في الجسد ... الخ . أما الجسد فهو يتكون من الأصول الأربعة للكون : النار والتراب والهواء والماء بنسب متفاوتة .

وإخلاصا من أميلد ولفليس وأبو قراط ( ٤٠٠ ق . م . ) إلى هذه النظرة في أصول الكون ، قررا أن يأخذا بالتفسير العضوي لما يصيب الإنسان من اضطرابات نفسية . ذلك أن أى اختلال في نسب الأخلاط والسوائل الكيميائية التي تتور في الجسم والناشئة أساسا من النار والتراب والهواء والماء ، يؤدي إلى اضطراب نفسي وحيث إن هذا الاضطراب هو مؤشر دال على سوء الصحة النفسية للفرد . فإنها - أى الصحة النفسية - تصبح مرتبطة بالنسب التي تتحدد بها الأصول الأربعة للكون لتكون جسد الفرد الإنساني . فغلبة أى عنصر من

العناصر الأربعة يوجد لدى الفرد استعدادا مرضيا . وعليه فقد قسّم الناس إلى أنماط مزاجية أربعة هي :

١ - المزاج الناري : تغلب على صاحبه افرازات الصفراء من الكبد وهو مقاتل شجاع ، طموح ، انفعالي ، عرضه للإصابة بالهوس والبرانونيا .

٢ - المزاج الهوائي : تغلب على صاحبه افرازات الطحال ، وهو متشائم ، منقبض كثير التأمل ، عرضه للإصابة بالاكسحاب والملائخوليا .

٣ - المزاج الهوائي : يغلب على صاحبه تدفق الدم من القلب . وهو متفائل مرح ، حاد الطبع ، عرضه للقلق والهذاء .

٤ - المزاج المائي : تغلب على صاحبه افرازات اللمف في المخ . وهو بليد خامل ، لا مبالي ، عرضه للإصابة بالصرع والغباء . ( بركات ، ١٩٧٨ ) .

إن رد الاضطرابات النفسية إلى أسباب عضوية لدى أطباء الإغريق يشكل الأساس للاتجاه المادي الذي ذهب إليه المحدثون من علماء النفس والذي بموجبه يتعاملون مع المرض النفسي تعامل الأطباء مع المرض الجسدي . ونحن وإن كنا لا ننكر آثار ما يمتدح الجسم من اضطراب على نفسية الفرد . إلا أننا نعتقد أن هذا التفسير الأحادي المادي للاضطراب النفسي كاف للتدليل على سلامة الصحة النفسية للفرد أو عدم سلامتها ، أو مساواة مفهوم الصحة النفسية لمفهوم الصحة الجسدية .

ويظهر أفلاطون ( ٤٢٧ - ٣٤٧ ق . م . ) ظهر التصور الفلسفي الأكثر وضوحا لتأثير الإنسان سواء من حيث البنية أو الوظيفة أو نمط العلاقات الرابطة بين شقي الإنسان النفس والجسد .

إن تعاليم سقراط لأفلاطون والتي من أهمها الدعوى إلى معرفة النفس قد حدثت بأفلاطون أن يقدم تصورا فلسفيا للنفس . فقد ذهب إلى أنها ذات طبيعة مادية نقية ، طاهرة ، تأتي من عالم مغاير لعالم الطبيعة أسماء « عالم المثل » ، وتصور أنه عالم الخير المطلق ، والحق المطلق والسعادة المطلقة . وبقوة ما تحجب هذه النفس على مغادرة عالمها لتستقر في الجسد لتصنع معه الإنسان . هذا الجسد الذي



هو من طبيعة مغايرة لطبيعة النفس . فهو من عالم الطبيعة ، مادة غير نقية ولا طاهرة ، مشلود دائماً إلى أسفل بغرائزه ورغباته وحاجاته . إنه سجن للنفس يحجبها عن الرؤيا وينسبها مؤقتاً ما كانت تعرف قبل حلولها فيه ، ولكنها تبدأ في استعادة ذكرياتها من خلال ما تتعرف عليه عبر الحواس الخمس ، لتبدأ بذلك قصة الصراع والنضال من أجل أن تعود إلى عالمها وتحرر نهائياً من الجسد . ( الأهواي . د . ت ) .

وقد تصور أفلاطون أن الإنسان يشبه إلى حد ما « المخلوط » بالمفهوم الكيمائي لهذه الكلمة . أى أنه يتكون من عنصرين مختلطين ، بحيث رغم تواجدهما في مكان واحد إلا أن كلا منهما يحافظ على خصائصه مستقلاً عن الآخر ، فلا علاقة بينهما إلا علاقة التجاور في المكان والزمان . ولما كانا من طبيعتين متناقضتين ، لكل منهما رغباته وحاجاته المناقضة لرغبات وحاجات الآخر ، فلا غرو أن يكون الإنسان مهياً للصراع الداخلي الدائم ، لا يعرف الراحة والهدوء ولا الاطمئنان ، وبالتالي لا مناص من انهاء الوجود الإنساني كي تستعيد النفس حريتها وسعادتها وطمأنيتها أو على الأقل تغليب حاجات النفس على حاجات الجسد كي نوفر نوعاً من الهدوء للنفس عزاء لها عما فقدته بحلولها في الجسد ، وتمهيداً لعودتها النهائية إلى عالم المثل .

إن هذا التصور الأفلاطوني يجعل الصحة النفسية نوعاً من الخرافة ، ويحولها إلى أمل يستحيل على الإنسان بلوغه وتحقيقه في هذه الحياة الدنيوية ، ذلك لأن الصحة النفسية هي صحة النفس وسعادتها وطمأنيتها . وهي ليست صحة الجسد الفاني ولا صحة الإنسان بنفسه وجسده . فهو منحاز بشكل واضح للنفس رمز الطهارة والنقاء والصفاء في نظره . إنها نظرة مثالية مغالية للإنسان لا يمكن أن تفيد بشيء في تعاملنا مع صحة الإنسان المتواجد في هذا العالم . إنها نظرة غير متوازنة بين النفس والجسد فإمارة الجسد وحاجاته هي إمارة لنصف الإنسان ، ولا ننصّر أن تكون سعادة الإنسان وصحته النفسية السوية تتمثل في إمارة هذا الجزء الأساسي والهام . كما أنه يصعب تصور كيفية التعامل مع هذا الشيء المغاير للطبيعة المادية القادماً من عالم آخر . فحدود العقل الإنساني رهينة بهذا الكون ، واهتماماته منصبة أساساً على الوجود الواقعي العياني للإنسان في هذا العالم . أما العالم الآخر فهو بحاجة إلى إمكانيات أخرى ، ومناهج أخرى ، ورؤى أخرى

للإنسان ليوفر له السعادتين في الدنيا والآخرة .

ويأتى أرسطو ( ٣٨٤ - ٣٢٢ ق . م ) لينزل الفلسفة من السماء إلى الأرض - كما يقال عنه - ، يأتى لي طرح تصورا أكثر واقعية لكل من النفس والجسد والإنسان ، وليقسم الموجودات إلى هيولي وصوره أى إلى مادة وشكل . ويطبق هذا التقسيم على الإنسان ليرى أن الجسد هو الهيولي وأن النفس هي الصورة ، وأن الوجود لا يتحقق إلا باتحاد الهيولي والصورة ، اتحادا - بالمفهوم الكيميائي - يتولد منه مركب جديد له خصائص جديدة مغايرة لخصائص كل عنصر من عناصره على حده .

ويعرف أرسطو النفس في كتابه « النفس » بقوله : أن النفس كمال أول لجسم طبيعي آلي ذي حياة بالقوة . وهي عبارة عن مجموعة الوظائف الحيوية كالتغذية والنمو والإحساس والحركة والتفكير .. ويضيف أيضا أن لا مجال للإطلاق صفت أخلاقية على أى من النفس أو الجسد . ذلك أننا نتحدث عن صفات للإنسان لا عن صفات لأى جزئية على حدة . والصفات التى تهمنا هنا هي الأداء الأفضل والأكمل للوظائف الحيوية الدال على الوجود الحقيقي العياني للإنسان ( أرسطو طاليس ، ١٩٦٢ ) .

إن نظرية أرسطو لا تتحدث عن صراع داخلي بالشكل الذى رأيناه في نظرية أفلاطون ، بل إن مصادر القلق والازعاج للإنسان تتمثل في المعوقات التى تعيق الأداء الواضح للإنسان من تغذية ، ونمو وحركة وتفكير ... الخ . وكلما قلت هذه المعوقات كلما تأدت الوظائف بشكل أفضل وأسهل وتمتع الفرد بالصحة النفسية .

هذا من جهة ومن جهة أخرى ، فإن حديث أرسطو ينصب على الإنسان في كليته لا في أجزائه ، لدرجة قد تسبنا أن الإنسان مكون من نفس وجسد . ويتحدث عن هذا الكل المنتظم المتألف ، مع أن الحقيقة غير هذا ولا يخفى على عاقل أحاسيس الإنسان بوشوشات الضمير وعتابه أحيانا ، كما لا يخفى على عاقل أحاسيس الإنسان بالانفعالات المتضاربة التى يعيشها ، والأحداث التى لا يجد لها تعليلًا ، والتوفيق إلى معرفة أكثر للعوامل الخفية و ... و ... كل ذلك ينفي أن يكون هذا الكل متجانسا للدرجة ينتهي معها الصراع الداخلي لديه . ومع ذلك

فإن نظرية أرسطو ظلت مصدر وحى وإلهام للكثير من المفاهيم النفسية الحديثة .  
إن التصور الأرسطي للإنسان ربط بين صحته النفسية من جهة وقدرته  
على الأداء الأكمل والأفضل لوظائفه الحيوية . وهذه نقطة موجبة لصالح هذا  
التصور ، من حيث إنها وضعت لأول مرة معياراً يمكن من خلال تلمس ملامح  
صحة الفرد النفسية . تلك الصحة التى تعنى نجاح الفرد فى أداء وظائفه الحيوية :  
كالغذية والنمو والإحساس والحركة والتفكير ... الخ .

### الصحة النفسية عند الفزالي

تتميز العصور الإسلامية عن العصور الإغريقية باعتمادها الدين الإسلامى  
مصدراً للهداية والتشريع وإدارة كل شؤون الحياة . فى حين كانت العصور  
الإغريقية عصور وثنية امتازت بتعدد الألهة وعبادة الأوثان من جهة وازدهار  
الفلسفة من جهة أخرى . تلك الفلسفة التى نقلها المسلمون فى عهود ازدهارهم  
الحضارى لتعيش جنباً إلى جنب مع علوم الكلام والعلوم الدينية ، وينتج هذا  
التلاقح للفكرين المسلم والوثني حركة دائبة تهدف إلى تطويع المعطيات الفلسفية  
للمفاهيم الدينية . أو ما عرف لدى المسلمين بحركة التوفيق بين الفلسفة والدين .  
إلا أن ما يهنا هنا هو ماذا قدم المسلمون فى ميدان الصحة النفسية ؟ وما هى  
الاضافات التى تميزوا بها عن سبقهم ؟ .

اتفق معظم علماء النفس المسلمين مع أفلاطون فى القول بثنائية النفس  
والجسم ولكنهم تبنوا فى الوقت نفسه - النظرة الإسلامية إلى الانسان واعتبروه  
كلاً متكاملًا مكونًا من ثلاث قوى - النفس والجسم والروح - ممتزجة ومتداخلة  
ولا يمكن الفصل بينها فى الواقع ، ولا يوجد ما يدعو إلى هذا الفصل .

وقد عالج كثير من علماء وفلاسفة المسلمين « الصحة النفسية » فيما  
كتبوه من كتب ومقالات عن السلوك والنوافع والعواطف والميول ، والسعادة ،  
والشقاء والهم والخوف والغضب ، والحب والكراهة ، والتوكل والرجاء والإيمان  
وغرها .

ولا نستطيع في هذا الفصل الالم بكل ما كتبوه حول هذه الموضوعات ،  
ونكتفي بتناول بعض أفكار حجة الإسلام أئى حامد الغزالي في النفس ذات العلاقة  
بالصحة النفسية .

فقد أخذ الغزالي بفكرة ثنائية البدن والنفس ، واعتبر البدن من عالم الأرض  
( الملك ) والفساد والتحلل والفناء ، أما النفس جوهر روحي من عالم الملكوت  
لا تتحلل ولا تقنى بفناء البدن ، وهي التى تديره وتتصرف به ، وتسوسه بالقوة  
العامة<sup>(١)</sup> ( الغزالي ) .

واختلف الغزالي عن أفلاطون في نظره الإسلامية إلى علاقة النفس بالبدن  
فقد كان أفلاطون متشائماً عندما اعتبر النفس غريبة عن البدن ، وسجينة فيه  
ومعدة بحلولها فيه ، وسعادتها في التخلص منه والتطهر من أدرانها بالموت أو  
الانتحار . على العكس من ذلك كان الغزالي متفائلاً ، فرفض فكرة حبس النفس  
في البدن لأنها جوهر ، والجوهر لا يحل بحمل ولا يسكن في مكان . كما رفض  
فكرة تألم النفس من وجودها مع البدن ، لأنها في حاجة إليه في رحلتها من الدنيا  
إلى الآخرة . وشبه الغزالي حاجة النفس إلى البدن بحاجة المسافر إلى المطية والزاد  
في سفره .

فالنفس مع البدن ليست في سجن تتعذب وتسعى إلى الانفكاك منه ولكنها  
معه في منزلة من منازل الهدى ، ترتقى فيها من الأدنى ( الدنيا ) إلى الأعلى  
والأفضل ( الآخرة ) .

وفي ذلك قال الغزالي : « فالبدن مركب الإنسان في سفره ، ولا يمكن  
للعبد أن يصل إلى غايته ما لم يسكن البدن ، ويجاور الدنيا ، لأن المنزل الأدنى لا بد  
من قطعه للوصول إلى المنزل الأقصى » . ( الغزالي ) .

والبدن ليس دينياً ولا حقيراً بل هو مركب النفس إلى الآخرة ، ولا بد من  
الحفاظة عليه وحمايته ، حتى تبلغ النفس مبتغاه ، وتحقق غايتها . ومن هنا نظر  
الغزالي إلى الإنسان ككل متكامل من روح ونفس وجسم وفسر سلوكه التوافقي

---

(١) افترض الغزالي وجود جاثين للنفس : جانب من ناحية البدن سمه « القوة العامة » توجه نحو  
البدن تديره وتسوسه . وجانب فريقي سمه « القوة الملة » توجه إلى أعلى نحو المبادئ والمثل العليا .

على أساس « أنه يتألف من علم يدفعه ( جانب معرفي ) وميل قوي ( وجداني )  
وقدرة على ذلك فيتم الفعل ( جانب حركي ) » ( الغزالي ) .

وسلوك الإنسان سلوك مدفوع موجه نحو غاية دينية دنيوية وتنقسم دوافعه  
من حيث طبيعتها إلى ثلاثة أنواع :

( أ ) ميول فردية : ( يقصد بها دوافع فسيولوجية وبيولوجية ) وهي  
ميول فطرية يقوم على اشباعها بقاء الإنسان وحفظ نوعه ، ويرتبط بها حب التملك  
والجاه والسيطرة وحب الدنيا .

( ب ) ميول اجتماعية : ( يقصد بها دوافع اجتماعية ) وهي ميول مكتسبة  
تتصل بالحاجة إلى العائلة والمجتمع والأصدقاء والعشيرة .

( ج ) ميول قيمية : ( ويقصد بها القيم الاجتماعية والدينية ) وهي ميول  
تتصل بحب الدين والحقيقة والخير والجمال .

وبالرغم من تأكيد الغزالي على أهمية اشباع جميع الدوافع لسعادة الإنسان ،  
فإنه يدرج هذه الدوافع بحسب ضرورتها لبقاء الفرد وحفظ النوع ، فيضع الميول  
الفردية أولاً ، تليها الميول الاجتماعية فالميول القيمية . وفي ذلك قال : « شهوة  
البطن والفرج من أهم ميول الدنيا باعتبارهما الأصلح والألصق ببقاء الإنسان  
ويرتبط بهما باقي الحاجات » ( الغزالي ) .

كما قسم الغزالي الدوافع من حيث أنواعها إلى نوعين :

( أ ) دوافع الدين أو بواعث الدين : وهي ميول إنسانية راقية ، تبعث  
على الطاعة والصلاح والتقوى ، ويندرج تحتها الخوف والرجاء ، والهمة والشكر  
والتوكل والذكر وغيرها .

( ب ) دوافع الهوى أو بواعث الهوى : وهي ميول دنيوية ، تشمل  
الغضب والشهوات السبع التي ذكرها القرآن الكريم ، وهي النساء والمال والبنين  
والخيل المسومة والأنعام والحرث ، وكلها تتعلق بحب الدنيا والبحث عن اللذة  
العاجلة .

ولم يحط الغزالي من شأن دوافع الهوى لأنها ضرورية لبقاء الإنسان وتعمير  
الدنيا ، وعبادة الله ، ولكنها تنقلب إلى دوافع ضارة ، حين تسيطر على سلوك

الإنسان ، « فيأنس العقل للهوى ، ويصير في خدمته ، وتغلب قوى البدن على النفس وتصبح الشهوات مقصودة لذاتها فتستغرق الهم والفكر » . ( الغزالي ) .

ويعتبر الغزالي سيطرة شهوة البطن والفرج أعظم مهلكات ابن آدم لأنه « إذا سيطرت هاتان الشهوتان اشتدت الرغبات في المال والحياة والكبرياء التي هي وسيلة للتوسع في طلب المنكوحات والمطعمات وتؤدي إلى أنواع من الرعونات وضروب من المنافسات والمحاسنات والغضب والحقد والبغضاء والمباهاة ، وتولد عنها حينذاك مختلف الأخلاق الخبيثة ، فيشقى الفرد ويفسد المجتمع » . ( الغزالي ) .

وربط الغزالي سعادة الإنسان بتحقيق غايته الأساسية ، وهي الوصول إلى الله ولن يتحقق له ذلك إلا إذا وجه جميع طاقاته وامكاناته ودوافعه من أجل هذه الغاية وسيطر على ميوله وأشبعها بقدر محمود ومن حلال ، ووجهها إلى ما يفيده .

فيكون قصده من الطعام التقوى على العبادة لا لذة الإشباع ، ومن النكاح الولد والتحصن لا اللعب والتمتع . فאלله لم يخلق الشهوة والغضب لتكون في أسرها بل لتكونا من أسراك فتسخرهما للسفر الذي أمامك ، وتجعل أحدهما مركبك والآخر سلاحك ، حتى تصيد سعادتك » ( الغزالي ) .

ويرى الغزالي أن الإنسان ميال بطبعه إلى اشباع شهوات الهوى ، وفي ذلك شقاؤه وتعاسته ، لذا كان من الضروري تربيته ، بتقوية بواعث الدين واضعاف بواعث الهوى ، ولا يتم ذلك الا بتعويده على العمل الصالح ، وتكوين العادات الحسنة عنده : كالصدق والمحبة والعطف والتفكير السديد ، فينتقل إلى الخير ويصل إلى غايته . والتربية التي يدعو اليها الغزالي هي التربية الإسلامية فالعبادات إنما شرعت لإصلاح القلوب<sup>(١)</sup> .

---

( ١ ) إن لفظ القلب عند الغزالي يطلق على ثلاثة معان : أحدهما اللحم الصنوبري الشكل المودع في الجانب الأيسر من الصدر ، والثاني تلك اللطيفة الربانية الروحانية ، والثالث : ذاك الذي يفقه من الإنسان ويعرف حقيقة الأشياء . ويقول الإمام الغزالي : إن القلوب تمرض ومرضاها هو أن يتصور عليها فعلها الخاص بها وهو العلم والحكمة والمعرفة وحسب الله تعالى وعبادته .

## الصحة النفسية وعلم النفس الحديث

يذهب مؤرخو علم النفس الحديث إلى اعتداد عام ١٨٧٩ م بداية لظهور علم النفس الحديث . وهو التاريخ الذى افتتح فيه العالم الألماني « فونت » أول مختبر نفسي ليدرس فيه الظواهر النفسية بنفس مناهج العلوم الطبيعية .

ولعله من المهم هنا أن نذكر خصائص علم النفس هنا . فهو العلم الذى يدرس السلوك الإنساني بمنهج قائم على الملاحظة والفرس والتجربة ، بهدف الوصول إلى القوانين المنظمة لهذا السلوك ، حتى يمكن ضبطه والتنبؤ بإمكانية وظروف حدوثه ، وتحديد أفضل الشروط للأدائات السلوكية التى تجعل صاحبها أكثر توافقا سواء مع نفسه وجسده أو مع العالم الخارجي . إنه العلم الذى لم يكتف بدراسة الحياة الشعورية للفرد إنما راح يبحث وينقب في أعماق الإنسان بحثا عن حياته اللاشعورية إنه العلم الذى لم يقف عند حدود التطور ، إنما تغفل في جميع جنبات الحياة ووصل إلى كافة الميادين يتلوها بالبحث والتحقيق ، ليؤكد نظريات ، أو يعيد تفويتها وعبر كل هذه الأنشطة ظل الإنسان مكانا بارزا ، ولا عجب أن يتداخل أكثر من فرع من فروع علم النفس في تناول جوانب تلك الصحة .

وسنعرض فيما يلي بعضا من الأفكار التى طرحتها مدارس نفسية متنوعة ونعينا في هذا الموضوع .

### ١ - الصحة النفسية والتحليل النفسي :

( ١ ) أفكار فرويد : يرتبط التحليل النفسي ارتباطا وثيقا بسيجموند فرويد ( ١٨٥٦ - ١٩٣٩ ) الأب الروحي لعلم نفس الأعماق ، والمكتشف الأول للحياة اللاشعورية للفرد والذى أفرد للطاقة الجنسية ( الليبنو ) أبوابا واسعة من كتبه ودراساته واتخذها مفتاحا يحل به مغلفات الأمراض النفسية التى كان يعالجها .

لقد أثرى فرويد بدراساته الوفيرة أدبيات التحليل النفسي ، وأثرى ميدان الصحة النفسية بما قدمه من افتراضات ما زال الكثير منها يتعامل معها حتى الآن . واتسع مجال التعامل مع تلك الافتراضات ليشمل الكثير من جوانب السلوكيات الإنسانية فمن الميدان المرضى إلى ميدان الصحة النفسية إلى ميدان الدراسات الأدبية .. الخ فما هي هذه الافتراضات :

١ - **طوبغرافية النفس الإنسانية :** افترض فرويد أن النفس الإنسانية تتكون من أجهزة ثلاثة : **Id** و **الأنا Ego** و **الأنا الأعلى super Ego** . ثم حدد محتويات كل جزء فجعل **الهو** مستودعا للفرائز الفطرية والبدائية ذات الطبيعة الجنسية ، وكذلك الحوادث والذكريات المؤلمة والمرفوضة اجتماعيا . أما **الأنا** فهو ما يتبدى من الإنسان للآخر ، إنه المسئول عن الحيلة الشعورية للفرد ، من خلاله يتم التعامل مع معطيات العالم الخارجي وأخيرا جعل **الأنا** الأعلى مخزنا للقيم والعادات والتقاليد التي يمتصها الفرد من المجتمع من خلال عملية التنشئة الاجتماعية .

٢ - **الطاقة الانفعالية :** تصور فرويد أن محتويات كل من **الهو** و **الأنا** الأعلى محتويات لا شعورية . وهي تظل محتفظة بطاقتها الانفعالية لا تعرف الهدوء والاستقرار ، فهي في حركة دائبة نشطة تنتظر فرصة الانطلاق والتحقق في العالم الخارجي ، إن هذه المحتويات تملك القوة الفاعلة والقادرة على التأثير في حياة الفرد الشعورية .

٣ - **الانترن :** افترض فرويد أن « **الأنا** » تتجاذبه قوتان لا شعوريتان متناقضتان الأولى : قوة الفرائز البدائية التي لا تخضع للمنطق ، وهما الأولى البحث عن اللذة والشباع المبالغ فيه دونما حدود تضبطه أو تنظمه . والثانية قوة القيم والعادات والتقاليد ذات الطبيعة المثالية المغالية في البعد عن الواقع والطامحة إلى قيادة الحياة الشعورية للإنسان .

ومقابل هاتين القوتين هناك قوة ثالثة هي قوة المعطيات الواقعية التي يعيشها الفرد ممثلة في ضوابط المجتمع وشروط البيئة الطبيعية . والمطلوب من « **الأنا** » أن يصل إلى حالة الاتزان بين هذه القوى كلها بحيث لا تطغى إحداها على الأخرى . فيشبع مطالب **الهو** ومطالب **الأنا** الأعلى في الحدود التي تسمح بها ضوابط المجتمع دونما إفراط أو تفريط .



٤ - الميكانيزمات الدفاعية : يعتقد فرويد أن الفرد وهو يحلول اشباع دوافعه الفطرية قد يلجأ إلى بعض الوسائل والطرق غير السوية ويتصور أنه يشبع تلك الدافع ولكنه إشباع زائف تتولد عنه الكثير من الاضطرابات النفسية . ومن أمثلة هذه الوسائل التي سماها آليات أو ميكانيزمات دفاعية نجد « التحويل » وهو استبدال موضوع الطاقة الانفعالية بموضوع آخر . والإسقاط وهو رؤية العيوب الذاتية في الآخر ، والتكوص وهو الارتداد إلى مسلكيات مرحلة نمو سابقة كأن يكون راشدا فيرتد إلى مرحلة المراهقة أو مراهقا فيرتد إلى سلوكيات طفلية . والتبرير وهو تقديم الأعذار التي يعتقد أنها منطقية للسلوكيات المؤداة . والتقمص وهو امتصاص صفات الآخرين وتقليد ما يؤدونه من مسلكيات والكبت وهو قذف الحوادث والذكريات المؤلمة في اللاشعور في محاولة لا شعورية لنسيانها والتهرب من مواجهتها<sup>(١)</sup> .

على ضوء هذه الافتراضات تصبح حالة الاتزان معادلة للصحة النفسية السوية أى أن الفرد يتمتع بصحة نفسية عندما يكون قادرا على ضبط غرائزه ودوافعه البدائية ، وعندما لا يسمح للقيم المثالية بعزله عن واقعه . وحتى عندما يسمح بإشباع دوافعه وتحقيق مستوى معين من تطلعاته المثالية فإنه لا يزال في هذا الإشباع إنما هو الآخر لابد أن يكون إشباعا متزنا لا إفراط ولا تفريط فيه . أضف إلى ذلك أن وسائل هذا الإشباع لابد وأن تكون بعيدة عن الحيل الدفاعية اللاشعورية ، إنما تكون واقعية وهو على وعي تلم بأدائها وأبعاد هذا الأداء . ( غنيم ، ١٩٨٣ ) .

إن المتبصر لما قدمه فرويد من الأفكار قد يندهش من هذا الكشف الجديد للجانب الآخر لحياة الفرد والذي أطلق عليه الحياة اللاشعورية في مقابل الحياة الشعورية . والتي اعتبرها هي المسؤولة عن سلوكاته الواعية ، وهي أساس كل الاضطرابات النفسية التي قد يتعرض إليها ، كما يندهش لأخذ فرويد بالتفسير الأحادي والمتمثل في الطاقة الجنسية لسلوكات الإنسان السوى وغير السوى وهو الطبيب الممارس العارف لمعاناة حتى مرضى الطبقة الوسطى الذين كان يعالجهم في فيينا . تزداد الدهشة أكثر عندما نرى تقسيماته للنفس الإنسانية مما قد

(١) ستعرض لموضوع الميكانيزمات أو الحيل الدفاعية اللا شعورية في الفصل الثالث .

يوجي باطلاعه على نفس التقسيمات في الدين الإسلامي . فالنفس الأمارة بالسوء لا تختلف في مفهومها عن الهو ، والنفس المطمئنة المثلثة لحالة الاتزان التي تحدث عنها فرويد . والنفس اللوامة تكاد تكون هي بعينها الأنا الأعلى على الأقل من حيث الوظيفة .

### (ب) أفكار تلاميذ فرويد :

لم تتوقف نظرية التحليل النفسي عند الأفكار الفرويدية رغم ما تركته هذه الأفكار من بصمات واضحة في تاريخ علم النفس المرضي والطب النفسي . فقد حاول تلامذة فرويد تطوير النظرية واثراءها . يونج مثلا رأى أن الهو ليس فقط مستودعا للغرائز والدوافع البدائية الفردية إنما هو مخزن للتراث الثقافي الإنسان . فالفرد يخضع فيه كل ما وصل إليه من معتقدات وخرافات عرفها الإنسان القديم . وتكتسب هذه المحتويات خصائص الغرائز والدوافع البدائية الفردية من حيث قدرتها على التأثير في السلوكات سلبا أو إيجابا . وهكذا تصبح الطاقة الجنسية مجرد عامل واحد هزيل أمام هذا الكم الهائل من التراث الإنساني وبناء عليه اقترح اطلاق مسمى « اللاشعور الجمعي » مقابل اللاشعور الفردي على منطقة « الهو » .

بهذا الطرح ، فتح يونج مجالا واسعا للدراسات الانثروبولوجية والميثولوجية<sup>(١)</sup> يمكن أن تساهم من خلاله في التعرف على أسباب الاضطرابات النفسية وطرق علاجها وبالتالي ربط الصحة النفسية للفرد بسلامة المعتقدات التي يؤمن بها والتي لها دور إيجابي في حياته . أما إذا كانت تلك المعتقدات<sup>(٢)</sup> تتعارض وما تعارف عليه المجتمع سواء المعارف الدينية أو المعارف السليمة . فإنها ولا شك ستؤثر سلبا على الصحة النفسية خاصة عندما يجد أن هذه المعتقدات لا تؤدي الوظائف المرغوب فيها من طرف المجتمع . والغريب أن بعض الأفراد يجد في مثل تلك المعتقدات مهربا وعزاء لما قد يلاقيه من احباطات وتبريرا لما يؤديه من سلوكات .

(١) الميثولوجيا : دراسة أساطير وخرافات ومعتقدات الشعوب في العصور القديمة .

(٢) من الأمثلة على المعتقدات التي تتعارض مع الدين والعلم : الاعتقاد بالسحر والشعوذة والحظ والصدقة والواسطة بين الإنسان وربه ..... الخ .

وأنى أدلر مؤسس علم النفس الفردى ، ليستبدل الطاقة الجنسية كمحرك للسلوكات الفردية بمركب النقص . ويعتقد أن هذا المركب هو المفسر الوحيد للسلوكات المشاهدة للفرد الذى يجد ويجتهد بشكل مبالغ فيه ، يحاول أن يعوض عما عاناه من نقص خلقي أو نقص اجتماعي - اقتصادي . وكأن أدلر هنا يوافق ما قالته العرب « كل ذى عاهة جبار » أما إن رأينا الفرد ينطوى على نفسه وينعزل عن حوله فنقول : أنه لم يستطع أن يعوض عن مركب النقص لديه . ( عاقل ، ١٩٨١ ) .

ومع تسليمنا بالآثار النفسية التى قد يتركها مركب النقص أيا كان نوعه ، إلا أنه من الصعب أن نفسر السلوك غير العادى بهذا العامل فقط .. فالصحة النفسية للفرد مجال أوسع وأرحب من أن يفسره عامل واحد مهما كان وجها . أما العالم المتفغرى زولندى ، فقد تأثر كثيرا بالبيولوجيا ، وافترض أن الجينات هي التى تحدد خصائص الفرد المستقبلية النفسية والاجتماعية . وقد ذهب إلى أن الفرد عندما يريد أن يتزوج فإنه لا شعوريا يبحث عن شبيهة أمه بفعل ما لديه من مورثات انتقلت إليه من الأم . واقترح استبدال الهو أو اللاشعور الفردى « بالشعور العائلى » .

إن هذه الفكرة البيولوجية التى دعمتها قوانين الوراثة التى وضعها العالم « مندل » وإخاصة بالوراثة البيولوجية . التى حاولت أن تدعمها قوانين الوراثة النفسية التى اقترحها « ريبو » ، هذه الفكرة مشابهة إلى حد كبير لما ورد في قول الرسول عليه السلام : « تحيروا لتطفكم فإن العرق دساس » . وأغلب الظن أن المقصود بهذا الحديث الصفات البيولوجية والأخلاقية .

وهكذا يضيف زولندى عاملا جديدا هو العامل الوراثي أو الجينات ، يرى أنه قد يؤثر على صحة الفرد النفسية من حيث إنه يجبره لا شعوريا عن أداء سلوكات معينة ، وإن حدث مثل هذا فإننا سنقف عاجزين ما دام الأمر يتصل بالجينات التى لا سلطان لأحد عليها .. وكل ما يمكن فعله في هذا المجال هو إجراءات وقائية تتخذ قبل الزواج حفاظا منا على صحة الأجيال التالية النفسية . وأخيرا يظهر ما يحلو للبعض أن يسميه « الفرويدية اليسارية » وهو ما تعرف عليه مؤرخو المدارس النفسية باسم « المدرسة النفسية الاجتماعية »

والتي برز من أعلامها كل من فروم وسوليفان وكارن هورني وأوتوراثك وأريكسون وغيرهم ... وقد جاء هذا التيار بمثابة ثورة عارمة على الاتجاهات الكلاسيكية في التحليل النفسي ، حيث وضع بين قوسين الطروحات الفرويدية ، وذهب إلى أن الاضطرابات النفسية مرتبطة أساسا بظروف الفرد الاجتماعية والاقتصادية ، وكذلك بظروف ومحتوى عملية التنشئة الاجتماعية . فالفقر والتفكك الأسري وإهمال الطفل أو رفضه والاضغوطات الاجتماعية والتفاوت الحاد بين الطبقات الاجتماعية .. الخ هي المسئولة أولا وأخيرا عما يلاقيه الفرد من اضطرابات مما ينعكس سلبا على صحته النفسية ، وتعتقد هورني أن القلق الذي يتولد في نفس الطفل نتيجة لانعدام الدفء العاطفي في الأسرة وأنواع التربية الحافظة والتنافس والتعقيد الموجود في البيئة والثقافة ، هذا القلق يؤدي إلى شعور الطفل بالضعف تجاه الأشخاص الذين يحيطون به . إن هذا الاتجاه نحو نفسه ونحو الآخرين ينمو ليكون الاتجاه العصائي لديه وبالتالي يحدث خللا في صحته النفسية .

أما أريكسون فقد حدد مطالب « للآنا » إذا ما تحققت عبر عملية تنشئة الاجتماعية تتوفر لها شروط الصحة النفسية السوية ، هذه المطالب هي : الثقة المهدودة في العالم الخارجي ، الثقة بالنفس والاستقلالية ، المبادأة ، القدرة على الإنجاز ، الإحساس بالأنية وتقدير الذات ، القدرة على الإنتاج ( وإنجاب الأطفال عند المرأة والأعمال والمهن عند الرجل ) . تكامل الآنا . وقد قسم النمو النفسي الاجتماعي للفرد إلى مراحل تبعا لمطالب الآنا هذه . ( الفقي ، ١٩٨٣ ) .

مما لا شك فيه أن هذه المدرسة الجديدة أو قل هذا الاتجاه الجديد في التحليل النفسي ، قد وضع الفرد في إطاره الاجتماعي الراهن بدل تناوله في إطاره الفردي أو في إطار الثقافات البائدة . كما أعطى للتنشئة الاجتماعية وللعملية التربوية ككل التي يتلقاها الكائن الإنساني منذ ميلاده ، الدور الأساسي في توفير الصحة النفسية للفرد . ونعتقد أن هذا الأمر لا خلاف عليه إذا ما كانت العملية التربوية تتناول الإنسان في كليته جسدا ونفسا وروحا ، وعضوا في المجتمع .

ولعل هذا الاتجاه في التحليل النفسي هو أقرب الاتجاهات التي سبقته في ربطه لعلاقة أوثق بين الصحة النفسية للفرد والصحة النفسية للمجتمع . فالأولى

هي نتاج طبيعي للثانية . هذه الفكرة يمكن أن يبنى عليها الدعوة إلى العمل على خلق « المجتمع العلاجي » إذا ما أردنا توفير الصحة النفسية للفرد . وباعتقادنا أن أول مجتمع من هذا النوع يتمثل في المجتمع الإسلامي في عهد الرسول عليه السلام .

## ٢ - الصحة النفسية والمدرسة السلوكية

مع نهايات القرن التاسع عشر وبداية هذا القرن برزت للوجود مدرسة نفسية جديدة هي المدرسة السلوكية ، والتي شكلت مع مدرسة التحليل النفسي أوسع تيارين نفسيين وأكثر التيارات النفسية المعاصرة ازدهارا . ويقسم مؤرخو المدارس النفسية تاريخ هذه المدرسة إلى مرحلتين : السلوكية التقليدية والتي تمتد إلى عام ١٩٣٣ م على وجه التقريب . والسلوكية المحدثه فيما بعد عام ١٩٣٣ .

( أ ) السلوكية التقليدية : إن الذي يهنا هنا هو أطروحات هذه المدرسة ذات العلاقة بالصحة النفسية فمن مبادئ هذه المدرسة الأساسية إخضاع السلوك الإنساني إلى معادلة « مثير استجابة » أي أن المثير عندما يقع على الفرد لا بد وأن تتأدى استجابة بعينه . هذه الاستجابة يمكن ضبطها والتحكم فيها والتنبؤ بها تماما كأى ظاهرة طبيعية . أما المبدأ الثاني فهو اعتبار السلوكات الإنسانية كلها سلوكات متعلمة سواء كانت هذه السلوكات سوية أو مرضية . والمبدأ الثالث هو السلوك الشرطي والذي يتم بالاقتران المثير الشرطي بالمثير الطبيعي وتكرار هذا الاقتران حتى يصبح الكائن الحي قادرا على أداء الاستجابة الطبيعية في حضور المثير الشرطي فقط . ولعل المثال التقليدي المأخوذ من تجارب بافلوف الروسي يوضح ذلك : <sup>(١)</sup> ( الغريب ، ١٩٧٨ ) .

الطعام	←	إفراز اللعاب ( عندما يقدم للكلب )
مثير طبيعي		( استجابة طبيعية )

(١) أنظر نظريات التعلم : الشرطي ، المحولة والخطأ ، الاستبصار .. الخ في كتاب « التعلم » للدكتور / رمزية الغريب .

نقرن تقديم الطعام بصوت الجرس فتأدى الاستجابة نفسها :



نغيب الطعام الذى هو المثير الطبيعى ونبقى على الجرس الذى هو المثير الشرطي فتأدى نفس الاستجابة الشرطية .



على ضوء هذه المبادئ الثلاثة للسلوكية التقليدية وضعت افتراضات تفسر نشوء الاضطرابات النفسية لدى الفرد بما يؤدى إلى قلقه وتوتره . الافتراض الأول : يذهب إلى أن فشل الفرد في تعلم سلوكات ناجحة تمكنه من التوافق الناجح مع نفسه ومجتمعه يعتبر عاملاً أساسياً في اختلال صحته النفسية . الافتراض الثانى : مفاده أن نجاح الفرد في اكتساب سلوكات ضاره سواء كان هذا الضرر واقعاً على الفرد نفسه أو على مجتمعه فإنه لن يتوافق بالشكل المطلوب لا مع نفسه ، ولا مع بيئته .

وعليه فإن اختلال صحة الفرد النفسية هي نتيجة حتمية لخلل ما في عملية التعلم . ولما كانت هذه العملية يقوم بها في الغالب الكبار ويوجهونها نحو الصغار ، فإن هؤلاء الكبار يتحملون المسؤولية الأولى في خلق الاضطرابات النفسية لدى الفرد . وبناء عليه فإن مراجعة عملية التعلم من حيث المحتوى أو الأهداف أو الوسائل أمر لا بد منه في تعاملنا مع الاضطرابات النفسية . وليس من العسير أن نلاحظ مدى التقارب بين هذا التصور وما طرحته المدرسة النفسية الاجتماعية عندما تحدثت عن دور التنشئة الاجتماعية في خلق الاضطراب النفسي .

الافتراض الثالث : يذهب إلى أن تعرض الفرد إلى مثير ما بحيث يستثير لديه توقع استجابتين متناقضتين يخلق لديه حالة من القلق العام تؤثر سلباً على صحته النفسية : وينشأ هذا الوضع على النحو التالي :

الموقف الأول : الطعام + صوت الجرس ← إفراز اللعاب ( أثر موجب = اللذة )

الموقف الثاني : صدمة كهربية + صوت الجرس ← الصراخ ( أثر سالب = الألم )

إفراز اللعاب ( اللذة )

أو

الموقف الثالث : صوت الجرس

الصراخ ( الألم )

أى أن الكائن الحي يتوقع احتمالين بعد سماعه صوت الجرس : الأول أن يحصل على الطعام والثاني : أن يتعرض لصدمة كهربية . وهو يحسب هذا الموقف لابد وأن يعاني القلق الناشئ من عدم معرفة ما سيحدث أو قل الخوف من المستقبل .  
( عبد الغفار ، ١٩٧٦ )

(ب) السلوكية الحديثة : ويظهر هل وسكندر وميلر وغيرهم حدث تطور هام وأساسي في أفكار المدرسة السلوكية التقليدية . فقد راجع هؤلاء العلماء المبدأ الأول للمدرسة ورأوا أنه من غير المعقول إخضاع الإنسان إلى معادلة تحمّل القانون الطبيعي بكل ما فيه من حتمية . وليس من المقبول أن نتصور السلبية المطلقة للإنسان ، وهو يلقى مثوات خارجة كانت أم داخلية . وعليه فإن المعادلة السلوكية لابد أن تتكون من ثلاثة أبعاد هي :

المثير ← الكائن الحي ← استجابة .

أى أن المثير يقع على الكائن الحي الذي يدرسه من خلال خبراته وتجاربته ، ويستجيب وفقاً لإمكاناته وخبراته استجابة لا يستطيع أى كائن تحديدها بدقة متناهية ، إنما كل ما نستطيعه هو توقع امكانية الحدوث بنسبة معينة من الاحتمال .

ما الذى تعنيه هذه الإضافة في المعادلة السلوكية وبمنا في دراستنا للصحة النفسية للفرد ؟ نعتقد أنها تمهد للإنسان دوره الأساسي في النتائج النهائي للسلوك . وهذا يعنى تحمّل الإنسان لمسئولية ما يترتب على ذلك النتائج . فالسلوك المضطرب ليس هو نتاج ميكانيكي لطروف بيئية إنما هو نتاج لتفاعل ديناميكي بين امكانيات الفرد وامكانيات البيئة . وقد اهتم هؤلاء العلماء بشكل خاص بالعادة كيف تتكون وكيف تزال ، وأعطوا لقانون الأثر أهمية قصوى في تكرار السلوك وبالتالى نشوء العادة

وكذلك ركزوا على دور الثواب والعقاب في تقوية العادة السلوكية وفي إزالتها أو إضعافها<sup>(١)</sup> . وعندما طبقوا كل هذا على السلوك غير العادى أو المضطرب افترضوا أن الفرد صاحب السلوك يؤديه ويتمسك به لأنه قطعاً مستفيد منه ، أى أنه لديه أثرًا طيبًا بغض النظر عن رأى الآخرين في ذلك السلوك . ولعلنا لاغربة أن نجد المعالج السلوكي يطرح على نفسه السؤال التالي عندما يواجه أحد المرضى النفسانيين ما الذى يستفide هذا المريض من سلوكه المرضي الذي يؤديه ؟ والطريف أنهم - أى السلوكيين - عموماً هذه المقولة على جميع الاضطرابات السلوكية والأمراض النفسية . فهل معنى هذا أن السلوك المرضي هو كذلك من وجهة نظر الآخرين بينما هو سلوك مرغوب فيه من وجهة نظر صاحبه ؟ هل المريض المستيري مثلاً الذى يفقد وعيه يفعل هذا برضاه ، وحتى يكتسب عطف الآخرين واهتمامهم به ؟ هل الإنسان الذى يعاني قلقاً عاماً ويبدى بعض المسلكيات الدالة على هذا القلق أن يشكو أو يتبرح من واقعة لا ينم بشكل عادى ... الخ هل هذا الإنسان يفعل كل هذا رغبة منه ؟ .

من الصعب الأخذ بوجهة النظر هذه في ميدان الصحة النفسية ، وتعميمها على كافة المواقف المرضية . ولعل من أهم ما قدمته هذه المدرسة في السنوات الأخيرة وبهنا هنا هو افتراضها أن الفرد يعاني الصراع النفسي عندما يجد نفسه في موقف الاختيار . كأن يحصل على الشهادة الثانوية ومن ثم عليه أن يختار بين متابعة الدراسة أو التوجه نحو العمل . واختياره لأحد الطريقتين يعني ابتعاده عن الطريق الأخرى .

وقد صنف ميلر ودولارد المواقف الصراعية إلى أربعة أنواع :

#### ١ - أقدام - أحجام Approach - Avoidance :

فيه يجد الفرد نفسه أمام هدف واحد به إيجابيات وبه أيضاً سلبيات ، مطلوب منه إما أن يختار الهدف بناء على إيجابياته ، وفي هذه الحالة عليه أن يتحمل آثاره السلبية ، أو أن يتبعد عنه متجنباً سلبياته خاسراً إيجابياته . والأمثلة على ذلك

(١) قانون الأثر : أحد قوانين التعلم بالمحاولة والخطأ ، كشف عنه ثورنديك من خلال تجاربه على القطط ، ومفاده أن الكائن الحي ميل لتكرار الاستجابة التي تترك لديه أثراً طيباً .



كثيرة منها : تعرض على أحدهم وظيفة بها مزايا كثيرة منها ارتفاع المرتب وتوفير السكن المؤثث والعلاوات الدورية .. الخ وبها أيضا سلبات كثيرة منها أن مكان العمل بعيد عن مكان الإقامة ، تتطلب جهدا شاقا تحت أشعة الشمس المحرقة ، الدوام بها صباح مساء ... الخ ، في مثل هذه الحالة يبدأ الفرد يقلب النظر بين الإيجابيات والسلبيات دون أن يرجع أحدا على الآخر . ويستغرق في ذلك فترة زمنية تطول أو تقصر إلى أن يصل لاتخاذ القرار . إما أن يتقدم للوظيفة أو يتركها . في مثل هذه الحالة نقول : إن هذا الفرد قد عانى الصراع النفسي في تلك الفترة الزمنية الواقعة ما بين عرض الوظيفة عليه واتخاذ القرار . بالمثل : الزواج المبكر فهو من جهة يوفر لصاحبه فرصة البناء المبكر لأسرة وتحقيق بعضا من أهدافه في الاستقلالية والسيادة ، ويشبع لديه الرغبة الجنسية بشكل مشروع .. الخ . وفي نفس الوقت فيه مسؤولية وتعطيل عن الإعداد الأفضل سواء في المجال العلمي أو المهني ، ونقل الفرد لأداء دور الزوج والأب في سن مبكر دون إعداد كاف .. الخ هنا أيضا يعيش الفرد في صراع نفسي وهو يوازن بين الإيجابيات والسلبيات إلى أن يحسم هذا الصراع إما بالزواج أو بالعدول عنه .

## ٢ - إقدام - إقدام Approach - Approach

في هذا الموقف يواجه الفرد موضوعين كلاهما فيه الخير له وبنفس الكيفية والمقدار فأيهما يختار ؟ فاختياره للموضوع الأول يعني تركه للموضوع الثاني .. ففي الوقت الذي يريح فيه إيجابيات الأول يخسر إيجابيات الثاني : مثال ذلك : يستيقظ أحدهم على صوت المنبه في الصباح ، يفتح عينيه ويتردد هل ينهض من فراشه أم يعاود النوم ، فالتنهد المبكر يوفر له الوصول المبكر لعمله فيضمن بذلك ألا يتعرض لنقد رؤسائه في العمل . والعودة للنوم فيها إشباع لحاجته للراحة ولحاجته للنوم فهو يأخذ القسط الكافي منه . فماذا يفعل ؟ يقلب الخيارين ثم يتخذ القرار فنقول إنه يعاني الصراع النفسي طالما لم يتخذ القرار .

## ٣ - إحجام - إحجام Avoidance - Avoidance

وهنا يواجه الفرد موضوعين كلاهما سالب بنفس الكيفية والمقدار ، فأيهما يختار ؟ مثال ذلك حالة الجندي في المعركة ، هل يقدم نحو العدو أم يهرب من

المعركة . الخيار الأول يمكن أن يؤدي به إلى الموت والثاني قد يؤدي به إلى السجن وسخرية الرفاق وقد يؤدي به أيضا إلى الإعدام .. في مثل هذه الحالة يعيش الجندي صراعا نفسيا قاسيا لا ينتهي إلا باختيار أحد الأمرين . وإلا فمن المحتمل أن يؤدي إلى اضطرابات سلوكية أو نفسية واضحة كتعبير عن معاناته تلك .

#### ٤ - إقدام - إحجام مزدوج Double Approach - Avoidance :

في هذا الموقف يجد الفرد نفسه أمام خيارين كل منهما به إيجابياته وسلبياته ، وعندما يتأملهما للوهلة الأولى يجدهما متساويين إن في الإيجابيات أو السلبيات . ومطلوب منه أن يختار أحدهما . مثال ذلك حالة الطالب الذي يرن في بيته جرس التليفون فيرفعه ليستمع إلى صوت أحد زملائه يدعو لحضور حفلة راقصة . في نفس الوقت يكون هو منكبا على دراسته استعداداً لامتحانات نهاية الفصل . فإن هو استمر في الدراسة سيكون أكثر استعدادا للامتحان ونجاحه مؤكدا ولكنه يحسر لقاء أصدقائه وقضاء وقت مرح أما إذا لمي الدعوة فإنه سيلتقي بمن يحب من الأصدقاء ويمزح معهم وفي نفس الوقت يضيع عليه فرصة الاستعداد للامتحان . فلماذا يفعل ؟ يقلب الأمور في ذهنه ويوازن بين كلا الأمرين ويتخذ القرار في النهاية ليحسم حالة التردد والقلق والصراع النفسي .

ومهما يكن الموقف الصراعى الذي يواجهه الفرد فإن القرار المتخذ في النهاية ستدخل فيه أمور كثيرة منها ما يتصل بالفرد ذاته بمحاجاته ودوافعه وامكانياته الفعلية وحالته النفسية وخبراته المعرفية .. الخ . ومنها ما يتصل بالظروف المحيطة بشكل خاص ، خصائص وسمات كل خيار على حده . وكلما كان الفرد أقدر على الحسم كلما نقص من طول فترة الموقف الصراعى وتجاوزة دون أن يترك لديه أية آثار سلبية . وبالعكس كلما كان متردداً غير قادر على الحسم واتخاذ القرار ، يلجأ إلى أساليب سلوكية غير عادية قد تكون مرضية منشأها حالة الصراع النفسى الذى يعيشه . فقد تتوتر أعصابه ويعانى القلق والضيق والاضجر ، ويهرب خارج البيت أو من المدرسة أو مكان العمل ، وقد يتحول ليشك فيمن حوله أو يخاف منهم .. الخ . في مثل هذه الحالة تضطرب صحته النفسية وتسوء أكثر فأكثر كلما طال به الأمر على هذه الحالة ، وعليه فإن صحة الفرد النفسية مرتبطة بمعاشة الفرد للصراع النفسى ونوعية وشدّة خطورة

هذا الصراع وطول مدته . وكلما قلت المواقف الصراعية أمام الفرد كلما تحسنت ظروف صحته النفسية .

خلاصة القول : إن المدرسة السلوكية وضحت الأحوال التي إذا ما صادفها الفرد تضطرب بالتالي صحته النفسية . وعليه فإن عدم معاناته لتلك الأحوال يعني الصحة السوية . هذه الأحوال هي : ( عبد الغفار ١٩٧٦ م )  
( أ ) فشل الفرد في اكتساب سلوكات ناجحة مرضي عنها ولازمة لمعلوماته على التوافق مع نفسه ومع بيئته .

( ب ) نجاح الفرد في اكتساب سلوكات ضارة مرفوضة من المجتمع ، مهددة لتوافقه السوي .

( ج ) تعرضه لمثير ما يخلق لديه حالة من التوقع والشك والخوف من المستقبل .

( د ) معاشته للصراع النفسي الناتج من وضعه في موقف الاختيار .

وعليه فإن الصحة النفسية للفرد سوية كانت أم غير سوية فهي نتاج لعملية التعلم والتنشئة التي يتعرض لها الفرد مضافا إليها الظروف البيئية التي تحول دون الفرد ودون إحساسه بالأمن المستقبلي أو تضعه باستمرار في موقف الاختيار ذي البدائل المحدودة جدا . ولاشك أن هذه النتيجة تقترب بشكل أو بآخر من بعض أطروحات المدرسة النفسية الاجتماعية خاصة في دور التنشئة الاجتماعية في خلق الصحة النفسية السوية للفرد . لكن علينا أن نتذكر دائما هذه أن الفكرة سواء لدى السلوكيين أو لدى التحليليين تبقى التعامل مع الفرد في إطار أبعاده الجسمية والنفسية والاجتماعية . ولا يهمها كثيرا أن تتعامل مع البعد الرابع للإنسان وهو البعد الروحي<sup>(١)</sup> ، ذلك البعد الذي من خلاله يمكن للفرد أن يحل الكثير من الاشكالات التي أثارها المدرستان فلخوف من المستقبل يقلل من شأنه الرجاء

---

(١) نعتقد أن البعد الروحي يتمثل في علاقة الفرد بخالقه . وبهنا أن نشير إلى أن العلاقة التوافقية مع منبج الله لا بد وأن تأخذ قسطها من الرعاية إبان تعاملنا مع الصحة النفسية للفرد . وذلك بتنشئة فرد عمر قلبه بالتقوى وطهر من عيائث الأخلاق أو على الأقل قلب تبدو فيه خواطر المرى فتدعوه إلى الشر ، فيلحظه خاطر الإيمان فيدعوه إلى الخير ( كما يقول الغزالي ) .

والأمل في عون الله ، كما أن الثرية القائمة على العقيدة الإسلامية لا يمكن أن تكسب الطفل سلوكيات منحرفة ضارة بل على العكس نحرص أن تكسب صاحبها السلوكيات اللازمة لتوافقه مع نفسه وجسده ومجتمعه وأوامر خالقه . تلك التي تصل بالإنسان إلى حالة النفس المطمئنة التي تعرف كيف تتعامل مع المواقف الصراعية وتختار متوكله على الله قابلة بقضائه وقدره .

### ٣ - الصحة النفسية ومدرسة الجشطت

نشأت هذه المدرسة مع مطلع القرن في ألمانيا على يد روادها الأوائل « كوفكا وكوهلر ، وفرتيمر ، وازدهرت لفترة قصيرة في أمريكا ، ورغم قصر فترة ازدهارها فقد قدمت مجموعة من الأفكار والنظريات وساهمت في إثراء التراث السيكولوجي بوجه عام .

وبمنا ونحن ندرس مفهوم الصحة النفسية عند هذه المدرسة أن نشير إلى أنه بناء على أفكارها ابتكرت طريقة في العلاج النفسي سميت باسمها كما يهمننا أن نشير إلى أهم أفكار هذه المدرسة في مجال الصحة النفسية<sup>(١)</sup> :

( ١ ) الكل أو الجشطت : تذهب هذه المدرسة إلى أننا ونحن نتعامل مع واقع الأشياء تعاملًا عقليًا فإننا نراها بل نتركها للوهلة الأولى على شكل جشطتات أو كلات . فالأسرة والمدرسة والمسجد ونظام المرور وبنية الجامعة .. هذه كلها جشطتات .

وقد عرفت هذه المدرسة الجشطت بأنه يتكون من مجموعة من العناصر اتحدت مع بعضها أو انتظمت بشكل معين بحيث فقدت خصائصها الفردية الأصلية ، وأصبح هناك خصائص جديدة للجشطت في كليته . وعليه فالجشطت يشبه إلى حد كبير « المركب » بالمفهوم الكيميائي ، حيث تتحد فيه العناصر بشكل يفقدها خصائصها الأصلية . مثل ملح الطعام الذي يتكون من عنصريين هما الصوديوم والكلور اتحدا كيميائيا ليكونا ملح الطعام . فالصوديوم أبيض اللون قلوى يحرق الجلد يتفاعل مع الماء محدثا انفجارا ... الخ والكلور غاز

(١) سنعرض هذه الطريقة بشيء من التفصيل عند عرضنا لطرق العلاج النفسي لمشكلة السيكوپاثية .

يتطابق إذا ما ترك مكشوفاً . في حين أن ملح الطعام الذي يتكون من بلورات  
يضاء ، يلوب في الماء ، طعمه ملحي ، نستخدمه في إعداد الطعام .. الخ .

وفكرة الجشططت أيضا تقترب كثيرا من فكرة أرسطو للناتج النهائي من  
اتحاد الصورة بالهيوبي . فالوجود لا يتم إلا بهذا الاتحاد وينتهي بانتهائه . وإذا  
ما طبقنا فكرة « الجشططت » على الإنسان فإننا ندرکه في كليته ونعامل معه على  
هذا الأساس ولا نجزئه إلى مكوناته البيولوجية والنفسية والاجتماعية والروحية إلا  
عندما نريد أن نلرسه دراسة معمقة . وخصائص هذا الإنسان الجشططت مغايرة  
لخصائص كل مكون من مكوناته على حدة .

(ب) فكرة التنظيم : ولا تتضح صورة « الجشططت » إلا بتصور نمط  
من التنظيم يسود عناصره ، يتمثل في مجموعة العلاقات الرابطة بين هذه العناصر  
والتفاعل الديناميكي بين عناصر الجشططت . كما يمكن الكشف عن القوانين  
المنظمة لتلك العلاقات وضبط هذه القوانين والتنبؤ بنتائجها . فلو تناولنا الدائرة  
كجشططت لوجدنا أنها تتكون من عنصرين هما : نقطة المركز والخط المنحني  
المقفل . وبين هذين العنصرين مجموعة علاقات مثال ذلك : كل نقطة من نقاط  
الخط المنحني تبعد نفس البعد عن نقطة المركز ، كل خط مستقيم يصل بين  
نقطتين من نقاط الخط المنحني ولا يمر في المركز يسمى وترًا ..... الخ والمهم هنا  
أن الدائرة تبقى كذلك طالما ظلت هذه الخصائص قائمة ، أو قل طالما حافظت  
عناصرها على هذا التنظيم . أما إذا حدث أى خلل كأن يفتح الخط المنحني ، أو  
تقترب إحدى نقاطه من المركز أكثر من النقاط الأخرى فإن الدائرة تنتهي .

بالمثل ، الإنسان أيضا باعتباره « جشططت » يتكون من مجموعة من  
المكونات أو العناصر بينها تنظيم معين . فالجسد والروح والنفس عناصر هذا  
الإنسان ، هذه العناصر مرتبطة مع بعضها بحيث إن الوجود الفعلي له لا يمكن أن  
يتحقق ما لم تجتمع هذه العناصر مع بعضها . وأى خلل يطرأ على أى منها  
سيحول الإنسان من العادية إلى غير العادية أو قل سيحوّله من جشططت إلى  
جشططت آخر .

وربما يكون الأمر أوضح لو تناولنا جوانب النمو المختلفة للإنسان بيولوجيا  
ونفسيا واجتماعيا وروحيا . فالعلوم البيولوجية تكشف لنا عن تنظيم بدعي متقن

لأجهزة الجسم المختلفة ، والعلوم النفسية والاجتماعية تكشف عن العلاقة الرابطة بين الجسد والنفس والمجتمع ، والعلوم الدينية تبين مدى ارتباط هذه الأجزاء بخالق كل شيء سبحانه وتعالى ، وقدما قال العرب « العقل السليم في الجسم السليم » كتدليل على مدى العلاقة بين العقل والجسم ، وقد شبه الرسول عليه السلام المؤمنين بالجسد إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر الجسد بالسهر والحمى .  
فانظر مدى العلاقة الوثيقة الرابطة بين أجزاء الجسد الإنساني . قال الشاعر :

إذا كانت النفوس كبارا تعبت في مرامها الأجساد

ويقول تبارك وتعالى : ﴿ إِنْ اللَّهَ لَا يَغْيِرُ مَا يَقُومُ حَتَّى يَغْيِرُوا مَا بِأَنْفُسِهِمْ ﴾ . وبناء على فكرة التنظيم هذه ، يمكننا أن نشق مفهوما للصحة النفسية للفرد . فطالما ظل الإنسان عافظا على العلاقات الطبيعية الرابطة بين جوانب نموه المختلفة وطالما ظلت قوانين الحياة هي المنظمة لتلك الجوانب فإن هذا الإنسان لاشك سيتمتع بالصحة النفسية . بالمقابل أى خلل أو مرض أو انحراف يطرأ على أى جانب من جوانب الإنسان كأن يمرض في جسمه أو تضطرب نفسه أو تختل عقيدته أو تتدهور علاقاته الإجتماعية فإنه يفقد صحته النفسية .

(ج) فكرة الاستبصار : تحدث علماء هذه المدرسة عن قدرة الكائن الحي على إدراك العلاقات القائمة بين عناصر الموقف التعليمي . وذهبوا إلى أن السلوكات النهائية للكائن الحي ما هي إلا المحصلة النهائية لتلك العملية الإدراكية التي أطلقوا عليها اسم الاستبصار . وأن أى تغير في سلوك الكائن الحي من خلال عمليات التعلم لا يتأتى إلا إذا كان هذا الكائن قادرا على إدراك العلاقات الرابطة بين عناصر الموقف وتذكر تلك العلاقات كلما تكرر الموقف . وقد أطلق علماء هذه المدرسة على قدرة الكائن الحي هذه اسم « الاستبصار » . فالاستبصار إذن هو طريق الفرد إلى المعرفة والعلم<sup>(١)</sup> . ( الغريب ، ١٩٧٨ ) .

(١) وضعت هذه المدرسة نظرية التعلم بالاستبصار ، وهو التعلم القائم على إدراك الفرد لعناصر الموقف التعليمي والعلاقات الرابطة بين هذه العناصر .

ولو جمعنا هذه الأفكار الثلاثة لمدرسة الجشططت لخلصنا إلى ما يمكن أن نطلق عليه نظرية المعرفة عند الجشططت . فالفرد يدرك عاله الخارجي بالتالي يتعرف عليه ويتعامل معه من خلال عملية عقلية استبصارية يكتشف من خلالها نمط العلاقات الرابطة بين عناصر ذلك العالم أو قل من خلالها تنظيم ذلك العالم .

فالمعرفة الناتجة عن عملية الاستبصار يتوقع منها أن تكون الفرد في التوافق مع ما يعرفه . وإذا ما طبقنا هذه المقولة على معرفة الإنسان لذاته ، فإننا نجد نفس النتيجة فالإنسان لا يصل إلى ما سمه ووجهز بالذات البصورة إلا بعد أن يخضع للتحليل والدراسة من الأخصائي النفسي . فالإنسان أو الذات الإنسانية باعتبارها كل لها تنظيمها وبالتالي لها قوانينها التي تضبط حركاتها وسلوكاتها ؛ وما لم يصل الفرد إلى إدراك هذا التنظيم من خلال استبصاره لذاته فإنه لن يكون قادرا على التوافق مع ذاته وبالتالي التمتع بالصحة النفسية .

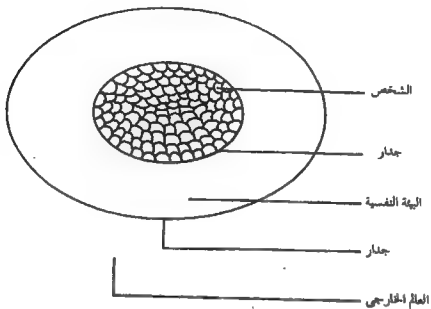
إن مدرسة الجشططت قدمت المنهج الذي يجب على الفرد أن يتبعه كي يصل إلى التوافق البناجح سواء كان هذا التوافق داخلي مع ذاته ومع جسده ، أو خارجي مع بيئته الطبيعية أو الاجتماعية ، أو كان توافقا مع أوامر الله سبحانه وتعالى .

ومن هنا نحن مع الجشططت في هذا المنهج المؤدى إلى الصحة النفسية للفرد مع تعديل بسيط يتصل بالناحية الروحية للفرد ، فحتى يتوافق الإنسان مع هذه الناحية قد لا يسعفه المنهج الجشططتي وحده ، ذلك أن قواه العقلية أو قدرته على الاستبصار لا تستطيع تقديم كل الاجابات من الناحية الروحية ، لذا لابد أن يستكمل هذا المنهج بالمنهج الإيماني أو منهج الهدى ، ومن ثم تتكامل معرفة الإنسان وبالتالي نتوقع أن يعيش في سلام وطمأنينة .

#### ٤ - الصحة النفسية ومدرسة الجمال :

كورت ليفن عالم نفساني أصوله جشططتية طرح نظرية نفسية حاول من خلالها وبأشكال هندسية تقديم تصور جديد لمكونات الإنسان وديناميكيتها . وما هي أفضل الشروط التي تعمل هذه المكونات خلالها بالشكل الأفضل .

افترض هنا العالم أن يكون لكل فرد مجاله الحيوى الذى يتكون من مكونات ثلاث هى ( شكل ١ - ١ ) :



شكل ( ١ - ١ )

( مكونات المجال الحيوى للفرد )

( أ ) الشخص : وهو مجموعة من الخلايا المركزية والمحيطية .

( ب ) البيئة النفسية : المنطقة الفاصلة بين الشخص وعلمه الخارجى . من خلالها تنفذ المثيرات الخارجية القادمة من العالم الخارجى لتتلون بلون خاص بالفرد ذاته قبل أن تصل إلى الخلايا والأنسجة المكلفة بالتعامل معها .

( ج ) العالم الخارجى : كل ما يحيط بالفرد سواء أكان بيئة طبيعية ، الأرض ، المناخ ، المباني ، الطرقات ، الخ ، أو بيئة اجتماعية ثقافية ، الناس بعاداتهم وتقاليدهم وقيمهم ... الخ . ( غنيم ، ١٩٧٣ ) .



كما افترض ليفين وجود جدارين تفصل بين هذه المكونات الثلاثة ذات طبيعة نافذة ، تسمح بمرور المثيرات القادمة من العالم الخارجي إلى الشخص وكذلك الاستجابات الموجهة من الشخص إلى العالم الخارجي .

ذاك هو المجال الحيوي للإنسان العادى القادر على أداء الوظائف التى يفرضها عليه ذلك المجال والمتمثلة في تلقي المثيرات والاستجابة الناجحة لها . أما الإنسان غير العادى فهو ذاك الذى يعاني خللا ما في الوظيفة الناتجة عن خلل ما إما في الجدران الفاصلة أو في أحد مكونات المجال الحيوى . فالفرد غير القادر على أداء الاستجابة الناجحة للمثيرات القادمة من العالم الخارجي لا يمكنه أن يتوافق مع ذلك العالم وبالتالي لا يمكن أن يتمتع بالهدوء النفسي . هذه الحالة تنتج من :

( ١ ) انفلاق الجدار الفاصل بين العالم الخارجي والبيئة النفسية . وهذا يتم نتيجة للاضطرابات المتكررة التى يتعرض لها الفرد ، أو نتيجة لمعتقدات الفرد الخاصة واتجاهاته نحو العالم الخارجي ورفضه لهذا العالم .

فالطفل الذى يواجه مثيرات حسية ترك لديه آثارا سلبية مؤلمة يفقد ثقته في من يحيطون به . والشاب الذى يعتقد أن مجتمعه فاسد يجد نفسه أمام خيارين : إما أن يثور على المجتمع ليصلحه وإما أن يتنزل أو يهرب بعيدا عن مجتمع . ومهما يكن من أمر فإن النتيجة النهائية لذلك الانفلاق بين العالم الخارجي والبيئة النفسية لن تكون إلا القلق وعدم الإحساس بالأمن والصراع النفسي والتوتر العصبي . باختصار اضطراب الصحة النفسية للفرد .

(ب) انفلاق الجدار الفاصل بين الشخص وبيئته النفسية . وهذه مرحلة تالية للمرحلة الأولى ، فالمعاناة التى يجيها الفرد في المرحلة الأولى تجعله خاضعا للمثيرات الداخلية القادمة من بيئته النفسية المضطربة . وعندما تعرض تلك المثيرات على صفحة العقل أو قل على خلايا الشخص يستتكر ببدىء ذى بدء غرابتها ولا منطقيتها ، فيرفضها ، شيئا فشيئا يرفض التعامل مع بيئته النفسية بما قد يؤدي إلى كرهه لنفسه واحتقاره لها ونقمته عليها ، وقد يجرمه إلى مستوى الأمراض العقلية ، فقد يعاني الاكتئاب الحاد أو الهوس الاكتئالي أو السلوك البرانونى أو القصر ... الخ وقد ينتهى به الحال إلى وضع حد لحياته .

إن هذا التصور لديناميات المرض النفسي أو المرض العقلي ، وتلك الصور الهندسية التي حاول ليفين أن يقدم ويشرح من خلالها تصوره هذا ، يقربه كثيرا إلى فرضيات فرويد وتحليلاته . وقد يفيدنا هذا التصور في دراسة وتحليل الشخصيات المضطربة ، وكذلك في التخطيط لتوفير الشروط الأفضل للصحة النفسية للفرد خاصة إذا ما علمنا أن مكونات المجال الحيوى للفرد يمكن التأثير فيها . فالعالم الخارجي يمكن أن يتغير ويتطور أو يبدل . والبيئة النفسية تكتسب من خلال عملية التشعشع الاجتماعية . والشخص كذلك رغم أنه ورائي في أساسه إلا أن العناية والرعاية الصحية ضرورية لتمكينه من الأداء الأكمل لوظائفه .

ولعل تصور ليفين لمكونات المجال الحيوى للفرد خاصة لدور البيئة النفسية ، يذكرنا بقول الشاعر العرفي :

من تكن نفسه بغير جمال لا يرى في الوجود شيئا جميلا  
وبالحكمة الشائعة : « كل إناء بما فيه ينضح » .

كما أن هذا التصور يهتم أساسا بالنظرية النفسية الاجتماعية لنشأة المرض النفسي ، أى الأسباب النفسية الاجتماعية بشكل خاص مهما إلى حد كبير الأسباب الأخرى . ولا غرابة في ذلك فنظرية ليفين لا تخرج عن إطار النظريات العلمية الوضعية التي تتعامل مع الإنسان باعتباره أحد الموجودات في هذا العالم الطبيعي فحسب .

#### ٥ - الصحة النفسية والنظرية الوظيفية :

يذهب كل من كار وريسون إلى افتراض أن الواقع المستثار لدى الفرد لا بد وأن يخلق لديه حالة من عدم الاتزان . وحتى تنتهي تلك الحالة لا بد من اشباع ذلك الدافع ، وانتهاء تلك الحالة يعنى استعادة حالة الاتزان .

هذا الافتراض ينطبق على جميع الدوافع مهما كان نوعها نفسية كانت أو اجتماعية أو بيولوجية . فالطفل الذى يستثار لديه الدافع إلى إثبات الذات في سن ثلاث سنوات سيمر في حالة من عدم الاتزان النفسي تنصف بالتوتر والقلق وعدم الاستقرار الانفعالي ... وإذا ما نجح الطفل في إثبات ذاته واعترف به من حوله فإنه سيستعيد حالة اتزانه ويقضى على المظاهر الانفعالية السابقة . بالمثل المراهق

الذى يستثار لديه الدافع لتقدير الذات سيمانى حالة التوتر والضييق وقد يصل به الأمر إلى احتقار الذات والعزلة أو التمرد على الجماعة . فإذا ما أشبع هذا الدافع فإن معظم هذه الظواهر تبدأ بالتلاشى . كذلك إذا ما استثمرت حاجة الإنسان إلى الطعام أو قل إذا ما استثير لديه دافع الجوع فإنه سيمانى عدم الاتزان الكيماوى فى الجسم بكل ما يترتب عليه من إحساس بالإرهاق ، وعدم القدرة على التركيز والانتباه . والميل للنوم ، وأحيانا توتر الأعصاب والتهيج .. الخ . وعندما يتناول هذا الفرد طعامه ستزول معظم هذه المظاهر المصاحبة للخلل الكيماوى فى الجسم .

بناء على هذه الفرضية تكون الصحة السوية للفرد هي إشباع الدوافع المستثارة لديه . وتضطرب تلك الصحة إذا ما حدثت الاستثارة وحالت عوائق معينة دون الإشباع . وكلما كانت هذه العوائق أعقد وكلما طالت مدة الاستثارة كلما كانت الأخطار على الصحة النفسية للفرد أشد .

وإذا كنا لا نختلف على الأساس النظرى لهذه الفرضية فإن ثمة بعض الاعتراضات التى يمكن أن تثار حول النظرية الوظيفية للدوافع . مثال ذلك : أى نوع من الإشباع ذاك الذى ينهى حالة عدم الاتزان ويقضى على المظاهر المصاحبة لها ؟ . أى نوع من الدوافع تلك التى تهدد وجود الإنسان بيولوجيا كان أو نفسيا أو اجتماعيا أو روحيا بالتالى تتسبب فى اضطراب صحته النفسية ؟ ومن يحدد هذا النوع من الدوافع ؟ هل هو الفرد ؟ هل هو العلم ؟ هل هي الثقافة السائدة ؟ ما دور التنشئة الاجتماعية فى تعليم الفرد كيف يستجيب لدوافعه المستثارة كيف يشبعها أحيانا وكيف يؤجل ذلك الإشباع أحيانا أخرى ؟ وأحيانا كيف عليه أن يكبت أو أن يقمع ... الخ ؟ وعندئذ تصبح الصحة النفسية السوية للفرد إشباع من نوع ما للدوافع معينة مستثارة تهدد الوجود الإنسانى بأبعاده المتعددة أو بأحد هذه الأبعاد ( بيولوجيا ، نفسيا ، اجتماعيا ، روحيا ) .

لاشك أن ديننا الحنيف قد أشار إلى شرعية إشباع الدوافع الإنسانية ، ولكنه لم ينسى أن يقنن هذا الإشباع وذلك فى قوله تعالى : ﴿ كلوا واشربوا ولا تسرفوا ﴾ . وفى قوله أيضا : ﴿ ولا تجعل يدك مغلولة إلى عنقك ولا تبسطها كل البسط ﴾ . وبعد ما يزيد عن ثلاثة عشر قرنا بأتى « ماسلو » لينادى بما نادى به ديننا ينادى « بالإشباع المتزن » للدوافع كوسيلة لتأمين

الصحة النفسية السوية للفرد الذى اضطربت صحته تلك نتيجة لتعرضه لاستشارة أحد دوافعه الأساسية .

وما دمنا نتحدث عن الإشباع . فإننا نجد أنفسنا منساقين إلى افتراض آخر يشابه في أساسه مع افتراض النظرية الوظيفية ، ألا وهو افتراض « مطالب النمو » . Task of Development

## ٦ - الصحة النفسية وفرضية مطالب النمو :

إن مطلب النمو كمصطلح نفسى حديث التداول في الدوائر النفسية قدمه هافجهرست كأساس يصلح من جهة لتقسيم مراحل النمو للفرد الإنسانى ومن جهة أخرى يصلح لبناء مخطط تربوى علاجى وقائى يفيد في معاونة الفرد على اتقاء مشاكل النمو ومعالجتها إن ظهرت .

يذهب هافجهرست إلى أن لكل مرحلة من مراحل النمو مطالب محددة لابد من إشباعها في حينها . وفي حالة تعثر هذا الإشباع فإن الفرد سيعانى اضطراباً ما في المراحل التالية ، حتى لو حاولنا إشباع تلك المطالب في المرحلة التالية . ولما كانت كل مرحلة من مراحل النمو تتميز بمطالب خاصة تختلف عن مطالب المرحلة التى تليها أو التى سبقتها : فقد أمكن تقسيم نمو الكائن الإنسانى إلى أربعة مراحل : الطفولة والمراهقة والرشد والشيخوخة . كما أمكن تحديد المطالب الخاصة بكل مرحلة على حدة على النحو التالى . ( زهران ، ١٩٧٢ ) .

١ - مطالب النمو في مرحلة الطفولة : المحافظة على الحياة ، تعلم المشي ، تعلم استخدام العضلات ، تعلم الأكل ، تعلم ضبط الإخراج وعاداته ، تعلم الفروق بين الجنسين ، تعلم المهارات الجسمية الحركية اللازمة للألعاب وألوان النشاط العادية ، تحقيق التوازن الفسيولوجي ، تعلم المهارات الأساسية في القراءة والكتابة والحساب ، تعلم المهارات العقلية المعرفية الأخرى اللازمة لشئون الحياة اليومية وتعلم الطرق الواقعية في دراسة البيئة والتحكم فيها ، تعلم قواعد الأمن والسلامة تعلم ما يبنى توقعه من الآخرين وخاصة الوالدين والرفاق ، تعلم التفاعل الاجتماعى مع رفاق السن ، وتكوين الصداقات والاتصال بالآخرين ، والتوافق الاجتماعى ، تكوين الضمير ، وتعلم التمييز بين الصواب والخطأ ، والخير

والشر ، ومعايير الأخلاق والقيم ، التوحد مع أفراد نفس الجنس وتعلم الدور الجنسي في الحياة . تكوين اتجاهات سليمة نحو الجماعات والمؤسسات والمنظمات الاجتماعية ، تكوين المفاهيم والمدرجات الخاصة بالحياة اليومية ، تعلم المشاركة في المسؤولية تعلم ممارسة الاستقلال الشخصي ، تكوين مفاهيم بسيطة من الواقع الاجتماعي نحو مفهوم الذات واكتساب اتجاه سليم نحو الذات والإحساس بالثقة في الذات وفي الآخرين ، تحقيق الأمن الانفعالي ، تعلم الارتباط الانفعالي بالوالدين والأخوة والآخرين ، تعلم ضبط الانفعالات وضبط النفس .

٢ - مطالب النمو في مرحلة المراهقة : نمو مفهوم سوى للجسم ، وقبول الجسم ، تقبل الدور الجنسي في الحياة ، تقبل التغيرات التي تحدث نتيجة للنمو الحسى والفسيولوجي والتوافق معها ، تكوين المهارات والمفاهيم العقلية الضرورية للمواطنة الصالحة ، استكمال التعلم ، تكوين علاقات حميدة طيبة ناضجة مع رفاق السن من الجنسين ، نمو الثقة في الذات والشعور الواضح بكيان الفرد ، تقبل المسؤولية الاجتماعية ، امتداد الاهتمامات إلى خارج حدود الذات ، اختيار مهنة والاستعداد لها ، تحقيق الاستقلال اقتصاديا ، ضبط النفس بخصوص السلوك الجنسي ، الاستعداد للزواج والحياة العائلية ، تكوين المهارات والمفاهيم اللازمة للاشتراك في الحياة المدنية للمجتمع ، معرفة السلوك الاجتماعي المقبول وممارسته ، والقيام بالدور الاجتماعي الجنسي السليم ، اكتساب قيم مختارة ناضجة تتفق مع الصورة العملية للعالم الذى نعيش فيه ، إعادة تنظيم الذات ونمو ضبط الذات ، بلوغ الاستقلال الانفعالي عن الوالدين وعن الكبار .

٣ - مطالب النمو في مرحلة الرشد : تقبل التغيرات الجسمية التي تحدث في هذه المرحلة والتوافق معها . توسيع الخبرات العقلية المعرفية بأكبر قدر مستطاع ، اختيار الزوجة أو الزوج ، الحياة مع زوجة أو زوج ، تكوين الأسرة وتحقيق التوافق الأسرى ، تربية الأطفال والمراهقين والقيام بعملية التنشئة الاجتماعية لهم ، التطبيع والاندماج الاجتماعى ، ممارسة المهنة وتحقيق التوافق المهني تكوين مستوى اقتصادى مناسب مستقر والحفاظة عليه ، ممارسة الحقوق المدنية وتحمل المسؤولية الاجتماعية والوطنية . إيجاد روابط اجتماعية تتفق مع الحياة الجديدة ، تكوين وتنمية الهوايات المناسبة لهذه المرحلة ، تقبل الوالدين والشيوخ ومعاملتهم معاملة طيبة والتوافق لأسلوب حياتهم ، تكوين فلسفة عملية للحياة ، تحقق الاتزان الانفعالي .

٤ - مطالب النمو في مرحلة الشيخوخة : التوافق بالنسبة للضعف الجسمي والمتاعب الصحية لهذه المرحلة ، القيلم بأى نشاط ممكن يتلاءم مع قدرات الشيخ . تحقيق ميول نشطة وتنويع الاهتمامات ، التوافق بالنسبة للحالة على التقاعد أو ترك العمل ، التوافق بالنسبة لنقص الدخل نسييا ، الاستعداد لتقبل المساعدة من الآخرين وتقدير ذلك ، التوافق بالنسبة للتغيرات الأسرية وترك الأولاد للأسرة واستقلالهم في أسرهم الجديدة ، التوافق لموت الزوجة أو الزوج أو الأصدقاء ، تنمية وتعميق العلاقات الاجتماعية القائمة بين الأقران ، تكوين علاقات اجتماعية جديدة ، تحقيق التوافق مع رفاق السن ، الوفاء بالالتزامات الاجتماعية في حدود الامكانيات ، تقبل الواجبات الاجتماعية والوطنية ، تقبل التغير الاجتماعى المستمر والتوافق معه ومع الجيل التالى ، تهيئة الجو النفسى الصحى المناسب للحياة الصالحة لهذه المرحلة . ( عبد الغفار ١٩٧٣ ، ص ٥٨ - ٦٠ )

إن هذه القوائم في مجملها لاشك وأنها تغطى الإنسان باعتباره كائن بيولوجي نفسى اجتماعى ، وهذا لا خلاف عليه . كما لا خلاف أيضا على أن تحقيق مطالب النمو الإنسانى يوفر له الظروف الأنسب للصحة النفسية السوية . ولكن فرضية « مطالب النمو » تثير من الأسئلة ما أثارته فرضية الدافع المستثار غير المشبع وربما أكثر ، مثلا هل مطلب النمو يبرز في مرحلة معينة ثم يختفى مع بداية المرحلة التالية ليحل محله مطلب جديد أم أن مطالب النمو لا حدود واضحة لتوقفها ؟ مثلا « مطلب المحافظة على الحياة » هل هو خاص فقط بمرحلة الطفولة أم سيستمر في كل المراحل إلى أن يموت الإنسان ؟ هل « تعلم ضبط الانفعالات وضبط النفس » مطلب طفل فقط ينتهى مع بداية مرحلة المراهقة أم أنه سيستمر إلى مرحلة المراهقة ومرحلة الرشد ؟ وإذا كانت هذه المطالب لا حدود واضحة لتوقفها فلم لا نجتمعها في قائمة واحدة ونقول هذه مطالب النمو الإنسانى التى علينا الاستجابة لها وتحقيقها أو معاونه الفرد على تحقيقها ؟ وهل إذا فعلنا ذلك نكون سهلنا العملية التربوية أم عملنا على زيادة تعقيدها ؟ .

» مثال آخر : « هل يكفي أن نعتبر مشاكل الصحة النفسية هي مشاكل النمو الخاصة بالفرد ؟ أليست هناك عوامل ومتغيرات أخرى تتدخل في تلك الصحة أو مرضها فهل يعنى أن عدم تحقق مطلب معين في سن معينة بالضرورة

سيخلق خلافا ما في النمو وبالتالي في الصحة النفسية للفرد ؟ إذن كيف نفسر الدعوة التي نوجهها لأبنائنا ونطلب منهم فيها أن يؤجلوا إشباعات مطلب الزواج مثلا أو مطلب العمل أو مطلب الاستقلال الاقتصادي .. إلخ إلى مراحل تالية ؟ .

« مثال ثالث » : هل يكفي أن نؤكد على مطالب النمو البيولوجي والنفسي والاجتماعي للفرد ونهمل الجانب الروحي لديه ؟ فإذا كان الجانب الروحي يكون أكثر وضوحا في مرحلة الشيخوخة من خلال الصحة الدينية التي يعيشها المسن وهو على أعتاب نهايت عمره ، فإن هذا الجانب ألزم للراشد والمراهق ليتعلم من خلاله كيف يضبط حياته البيولوجية والنفسية والاجتماعية .

أخيرا تواجهنا مشكلة تحديد الدرجة التي لابد وأن يتحقق عندها مطلب النمو أعني درجة الاشباع الصحية ، أو إن شئت درجة المهارة التي يصل إليها الفرد لنقول : إذا تحقق مطلب النمو إلى هذه الدرجة فإن صاحبا يتمتع بالصحة النفسية . فهل نعتبر أن نجاح الإنسان في توافقه مع جسمه ونفسه ومجتمعه وأوامر خالقه هو المعيار الدال على أن مطلب النمو لديه قد تحقق بدرجة مقبولة إن كان ذلك ممكنا يصبح لهذه القوائم دور معقول في تحديد مفهوم الصحة النفسية .

#### ٧ - الصحة النفسية والوجودية<sup>(١)</sup> :

الوجودية إحدى المذاهب المعاصرة التي قدمت مجموعة من الأفكار تتصل بالإنسان وتفيد في إثراء تصور الصحة النفسية للفرد . وهي شعبتان الأولى هي الشعية المؤمنة سارت في طريقها مستلهمة أفكارها من المسيحية والثانية الشعية الملحدة التي تعود أصولها إلى نيتشه ، والذي يبدا مذهبه ببحود الألوهية ووجود جميع القيم الأخلاقية التقليدية المرتبطة بالدين ، وهو لا يقبل سوى حقيقة واحدة تتمثل في عزلة الإنسان وضرورة مجابهته لمصيره المنتهى إلى العدم .

---

(١) يذهب الباحث الفرنسي إيمانويل مورتيه إلى رد أصول الوجودية إلى سقراط الذي جاء مذهبه رد فعل ضد الفلسفة الكونية Comogonic هذه اليونانية حيث عارض مذهبهم بذلك السلطان الباطني الذي يثف بالإنسان من الداخل « اعرف نفسك بنفسك » . ومن بعد سقراط الرواقيون الذين فرضوا سيادة النفس ومواجهة المصير على الإنسان الأغريقي الصبور . ومن ثم باسكال الذي تصدى للديكارتية وعاب عليها عدم انشغاله بمصير الإنسان وموته بالجديدة الكاثلية . وأخيرا سورين كير كجورد الذي تصدى لهيجل متأثرا بالبروستاتانية وجعل لمشكلة « انقاذ الإنسان الصاعدة على مشكلتي المعرفة والمنفعة . وكذلك مارتن هيدجر الذي تصدى لدراسة كينونة الإنسان الموجود « الخاضع لحالة مسؤولية هي علاقه بالموت .

وسنعرض فيما يلي بعض أفكار المذهب الوجودى بشكل عام : ( غلاب ، ١٩٦٥ ) .

١ - العلاقة بين الأنا والآخر : فى تحليلها لهذه العلاقة تقرر الوجودية المؤمنة أن هناك هوة وعزلة وانعدام تفاهم بين الأنا والآخر ، فى حين تقرر الوجودية الملحدة أن الأمر لا يقف عند هذا الحد إنما العلاقة الرابطة بين الأنا والآخر هى علاقة النزاع والتطاحن والاستبعاد .

٢ - القلق الوجودى : تقرر الوجودية أن الإنسان يعانى هذا النوع من القلق عندما لا يجد جواباً لأى من الأسئلة التالية : « لماذا يوجد الأناسى ؟ ولماذا أنا أجد أولئك الأناسى ؟ وهنا والآن » ( غلاب ، ١٩٦٥ ، ص ٢٢ ) . والعقل عاجز عن استيقان الوجود . والوجود البشرى لا ضرورة له .. الخ . ويقول سارتر معبراً عن هذا الشعور الخائى والناتج عن القلق الوجودى : « إن الإنسان نافله فى هذا العالم الذى هو أجنبي عنه » . وفى الوقت الذى ترى فيه الوجودية المؤمنة أن لا خلاص من القلق إلا بالتعلق بالأمل فى الخيرية الإلهية والقبول بالأمر الإلهي ، نجد أن الوجودية الملحدة لا تجد مخرجاً من هذا القلق مما يقودها إلى اليأس وفقدان الأمل والتسليم بمأسوية الحياة .

٣ - الأخلاق الوجودية : تذهب الوجودية المؤمنة إلى أن الإنسان الأخلاقى هو ذاك الذى اختار أن يكون على صلة بربه ، وعندئذ يستمتع بالنقاء القلبى والشفافية الباطنية - كما يقول كيركوغار - ( غلاب ، ١٩٦٥ ، ص ٢٩ ) ، ويصبح بحق « فارس العقيدة » فى حين أن الوجودية الملحدة ترى أن على الإنسان أن يكون حراً من أى قيد أخلاقى ، أن يكون هو هو ذاته ، وليس هناك قواعد عقلية ولا معان عامة . تفرض عليه - كما يقول سارتر - ، أن يكون فوضوياً متمرداً على قواعد الحياة .

٤ - الجسم الإنسانى : تمنح الوجودية المؤمنة أهمية رئيسية للجسم وتتأمل مكانته فالجسم - كما يراه ماركس - هو الوسيلة بين النفس المفكرة والعالم الخارجى . والشعور بحسنا الخاص هو الذى يمنحنا الإحساس بالوجود . وهذا الشعور الوجدانى هو الوسيلة الضرورية للوصول إلى الشعور بوجود



الأشياء الأخرى . من حولنا ، أما الوجودية - عند سارتر - فلا ترى إلا الجسم والباقي عدم وصمت<sup>(١)</sup> .

٥ - فكرة الموت : تتحدث الوجودية المؤمنة على لسان ممثلها مارسيل عن القلق الناتج عن فكرة الموت . وتذهب إلى أن قبول الحياة هو مسألة اختيار آخر وعمل من أعمال العقيدة أو نتيجة من نتائج الإيمان . فالموت بالنسبة للملحد ضرورة مفزعة غبية تقضى على مسرات الإنسان ، ولكنه بالنسبة للمؤمن إنذار بالمعجران أو بالرفض حاضرا دائما أمام العيان . فاختيار العقيدة والإيمان يخلص صاحبه من التشاؤم القانط الذى تميزت به الوجودية الملحدة . يقول مارسيل : « ليس للنفس وجود إلا بالأمل بل قد يكون هو نفس النسيج الذى صنعت منه أنفسنا ( غلاب ، ١٩٦٥ ، ص ٣٥ ) في حين نجد الوجودية الملحدة تعتبر أن الانتحار وسيلة خلاص ينجو بها الإنسان بنفسه .

في اعتقادنا أن أفكار الوجودية الملحدة لا يمكن قبولها أو التعامل معها باعتبار أن نقطة الارتكاز الأساسية وهى العقيدة مفقودة لديها . إذن تبقى الوجودية المؤمنة التى يمكننا مناقشة آرائها ويان مدى الاستفادة منها .

لا خلاف مع الوجودية المؤمنة فيما طرحته من حلول سواء للقلق الوجودى أو اضطراب العلاقات الاجتماعية أو قضية الأخلاق أو فكرة الموت أو فكرة الجسم وهى حلول لاشك وأنها قريبة جدا من مفاهيمنا الدينية . وكذلك لا خلاف فى تصورنا للصحة النفسية السوية للفرد التى تعنى خلاص الفرد من القلق وتمتعه بعلاقات ودية مع الآخرين وتعلقه باللطف الإلهى وقبوله لحياته باعتبارها قدر من أقداره والتزامه بمجمله من القيم الأخلاقية . ببقية على صلة وثيقة بربه . فصاحب الصحة النفسية عندهم هو بحق « فارس العقيدة » كما يحلو لهم أن يصوره . حتى الجسد لم تململه تلك الوجودية وأعطته دورا أساسيا لدرجة أن الإحساس بالجسد هو الذى يمنح الإحساس بالوجود وعليه أن يكون هذا المذهب هو أقرب النظريات الوضعية لمفاهيمنا الإسلامية المتصلة بالإنسان .

---

(١) يقول سارتر : فى هذا المجال ليس الوجدان شيئا آخر غير الجسم والباقي هو عدم وصمت . لمزيد من التفاصيل : ( انظر كتابه « الوجود والعدم » ص ٣٩٢ - ٣٩٥ ) .

## ٨ - الصحة النفسية والمذهب الانساني

يعتبر المذهب الإنساني في علم النفس مذهباً حديثاً ، فقد بدأت أولى بواكيره في الظهور في الخمسينات واستمرت في السبعينات من هذا القرن . ولا يزال ينمو ويتطور ، لدرجة دفعت الكثيرين من علماء النفس إلى اعتباره قوة ثالثة أو تياراً ثالثاً يقف على قدم المساواة مع تيارى التحليل النفسى والسلوكية . ويمثل هذا المذهب كل من روجرز وماسلو وعدد كبير ممن كانوا يتبعون المذهب الوجودي .

ويقوم هذا المذهب كرد فعل لطروحات كل من التحليل النفسى والسلوكية فهو يرفض تصور الإنسان كجهاز طاقة معقد . يبحث عن حالة اتزان من حيث توزيع الطاقة على أجزائه المختلفة وأن أى ازدياد في منسوب الطاقة في أى جزء فيه يؤدي إلى خلل هذا الاتزان ومن ثم يتحتم على هذا الجهاز القيام بنشاط معين حتى يعود إلى حالة الاتزان ( التصور الفرويدى ) . كما يرفض تصور الإنسان جهازاً آلياً إذا أثر أى جزء منه تنحيم عليه أن يقوم بسلوك معين ، وأنه يمكن تفسير هذا السلوك والتنبؤ به إن عرفنا تكوين هذا الجهاز وما يتعرض له من مثيرات ( التصور السلوكي التقليدى ) . وبالمقابل فإن هذا المذهب يطرح التصورات التالية للإنسان . ( عبد الغفار ١٩٧٦ ) .

١ - الإنسان خير بالفطرة ، وأن ما يبدو عليه أحياناً من عدوانية وأنانية ما هو إلا نتيجة للصعوبات والتحديات التى يواجهها حيث تتعقد أسباب الحياة وأساليبها . وكذلك نتيجة لما يلقاه من احباطات مختلفة أو انكار لحقه في أن يحقق إنسانيته . ورغم ما يعانيه الإنسان من صراعات وما يواجهه من عقبات إلا أنه قادر على أن يفكر ويقوم أو على الأقل يحاول أن يتغلب على ما يواجهه من مشقات .

٢ - الإنسان حر في حلود معينة . أى أنه حر في اتخاذ ما يراه من قرارات واختيار ما يناسبه من أوجه النشاط . وقد تقف عوائق معينة في طريق ممارسته لتلك الحرية إلا أن ذلك لا يمنع الفرد في أن يمارس حقه في الاختيار وما دام يملك الإرادة لذلك . ولا شك أن عودة مبدأ الإرادة في السلوكات الإنسانية يهز بعنف مبدأ الحتمية النفسية أو الحتمية السلوكية التى سادت التيارات

النفسية الوضعية بشكل عام . وهو يلتقى مع مبدأ « الوعى » الذى نادى به السلوكية المحدثة والذى بموجبه أعطى للإنسان دوراً أساسياً فى إحداث الاستجابة التى يراها مناسبة للمثيرات التى يتلقاها .

٣ - الإنسان كائن حى فى نشاط مستمر هادف . فالسلوك الإنسانى هنا يرنو دائماً للأفضل ، والأفضل هو أن يحقق الفرد إنسانيته ، أن يحقق ذاته ، أن يشعر أنه قادر على الإنجاز ، قادر على الابتكار ، قادر على المبادأة ، أن يشعر بأن هناك معنى لوجوده . وبناء عليه فالإنسان ليس هو الكائن الحى الذى لا يستجيب إلا إذا واجه مثيراً فقط ، أو أن سلوكه ما هو إلا رد فعل لما يلقاه من مثيرات .

٤ - سلوكات الإنسان الآتية مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بما يمر به من خبرات ، الخبرات كما يدركها هو لا كما يدركها الآخرون . وتلك هى الأصول الفينومينولوجية<sup>(١)</sup> للمذهب الإنسانى . فالكيفية التى يدرك بها الفرد خبراته الحالية هى التى تقرر سلوكاته ، سوية كانت هذه السلوكات أو مرضية . وبناء عليه فإن الفهم الأسلم لنشاط الإنسان يأتي عن طريق الدراسة للأصحاء الذين وصلوا إلى مستويات مناسبة من تحقيق الذات وحققوا التوافق الناجح فى حياتهم وغير ذلك من مؤشرات الصحة النفسية .

هذا وقد لخص كارل روجرز فى نظريته عن الذات مبادئ المذهب الإنسانى فهو يرى أن كل فرد يعيش فى عالم خاص من خبراته ، وأن المحافظة على الذات وتنميتها وتحقيقها هى أقوى القوى المحركة لسلوكات الفرد ، وأن هذا الفرد يستجيب فى المواقف فى ضوء إدراكه الخاص لذاته ولعالمه . وقد يستجيب الفرد لما يدركه من تهديد لذاته بحيل دفاعية متعددة كتضييق المجال الإدراكى أو الجمود فى الإدراك وغير ذلك من أساليب لحماية الذات .

أما ماسلو فيقول : « نستطيع أن نقول بشئ كبير من الثقة أن الإنسان مزود بإرادة فعالة تدفعه إلى القو السليم وتحقيق إمكانياته الإنسانية » . ( عبد الغفار ، ١٩٧٦ ص ٨٢ ) . ويقول معاتباً فرويد : « إن أكبر خطأ وقع فيه

(١) الفينومينولوجية : مذهب حديث ، أسسه الفيلسوف الألماني هوسرل ما بين ( سنى ١٩٢٩ ،

١٩٣٨ ) . حيث قدم دراسة وصفية للظواهر النفسية كما تتمثل للتجربة المباشرة .

فرويد أنه تصور أن اللاشعور هو موطن الشر، وكله مرفوض . فاللاشعور كما نراه يحتوى أيضا على جنور الابتكارية والخير والقيم والخلق الانساني ( عبد الغفار ، ١٩٧٦ ، ٨٢ ) . كما وضع في أعلى هرمه<sup>(٢)</sup> للحاجات الإنسانية مفهوم الإنسانية الكاملة . ويعرض هذا المفهوم الجديد بقوله : « إن الإنسانية الكاملة تتحقق في احتضان الفرد للقيم الإنسانية الخالدة ، وأن يكون لديه القدرة على التجريد ، وأن تكون لديه القدرة على الحب وأن تكون لديه القدرة على السمو .. » ، إن هذه القيم التي ننادى بها هي أهم دوافع الإنسان حيث ينشأ عن علم اشباعها اضطرابات من نوع معين هي اضطرابات الروح Soul - Sickness ( Maslow , 1982, p. 45 )

على ضوء هذا الاستعراض لأهم مبادئ المذهب الإنساني يتحدد مفهوم خاص بالصحة النفسية للفرد . فالصحة النفسية في هذا المذهب تعنى مدى تحقيق الفرد لإنسانيته تحقيقا كاملا . وهذا لا يتأتى إلا بـ : ممارسة الفرد لحرية يدرك ملها وحندوها وتحمل مسؤولياتها . أن يكون الفرد قادرا على التعاطف مع الآخرين وكذلك على حبيهم ، وأن يكون ملتزما بقيم عليا مثل الحق والخير والجمال ... الخ وأن يشبع حاجاته الفسيولوجية والنفسية اشباعا متزايا .

ولا شك أننا أمام مذهب متكامل في نظرتة للإنسان ، فهو أول مذهب وضعى يتناول الأبعاد الأربعة للإنسان البعد الجسمى والنفسى والاجتماعى والروحى . بل لعله المذهب الوضعى الوحيد الذى يتحدث عن اضطرابات الروح وبذلك يلتقى بشكل واضح مع معطيات كثيرة في الدين الإسلامى الحنيف ألم يقل تعالى في كتابه الكريم : ﴿ لقد خلقنا الإنسان في أحسن تقويم ﴾ وهل هناك خيرية أروع مما ورد في هذه الآية ؟ ثم ألم يقل أيضا : ﴿ وهديناه النجدين ﴾ ، ﴿ كل نفس بما كسبت رهينة ﴾ ، ﴿ بل الإنسان على نفسه بصيرة ولو ألقى معاذيره ﴾ وكلها تعبر عن حرية الإنسان المحدودة والمسؤولية المترتبة على تلك الحرية . أما عن الاشباع المتزن فقد تحدثت عنه القرآن الكريم في قوله تعالى : ﴿ كلوا واشربوا ولا تسرفوا ﴾ أما مفهوم « الإنسانية الكاملة » في هذا

(٢) قدم ماسلو تنظيما هرميا للدوافع يبدأ بالحاجات الفسيولوجية ، ثم الحاجة للأمن ، ثم الحاجة للانتماء والحب ، ثم الحاجة إلى تقدير الذات ، ثم الحاجة إلى تحقيق الذات وأخيرا الكمال الإنسانى .

المذهب ، فهو أقرب ما يكون إلى مفهوم النفس المطمئنة في القرآن الكريم إذ يقول تعالى : ﴿ يا أيها النفس المطمئنة ارجعي إلى ربك راضية مرضية فادخلي في عبادي وادخلي جنتي ﴾ .

### الصحة النفسية والعلوم الطبية

إن التقدم الهائل في ميدان الدراسات الطبية ، وما توفر للأطباء من تكنولوجيا متطورة ، سهلت لهم التعرف على دقائق الجسم الإنساني ووظائفه وكيفية التعامل معه . وكذلك فإن سيطرة الاتجاه المادى في هذا النوع من الدراسات ، جعل بعض العلماء في هذا الميدان يتحمسون لدور الجسم في تحديد مفهوم الصحة النفسية للفرد . بل أكثر من هذا ، فقد ذهب ذلك البعض إلى أن ما يعانيه المرء من اضطرابات نفسية أو انحرافات سلوكية إنما هو نتاج طبيعي لاختلال ما في كيميائية الجسم بشكل عام . وعليه فإن الباحث عن الصحة النفسية للفرد عليه أن يبحث عن الصحة الجسمية أولا . كما أن المعالج للأمراض النفسية مثله مثل زميله المعالج للأمراض الجسمية عليه أن يركز اهتمامه على معالجة الاضطرابات الكيميائية في الجسم ويعطى مريضه من العقاقير ما يعاونه في القضاء على تلك الاضطرابات .

وفي إطار هذا التوجه النظرى للأمراض النفسية . فقد قدمت الدراسات الطبية معلومات وخبرة ثبتت بالدراسات المخبرية . من هذه المعلومات مثلا : أثر التوازن في نسب المعادن على سلوك الانسان . فقد أثبتت البحوث العلمية أن حالات المرض العقلي كالفصام والاكتئاب الذهاني وعصاب القلق الشديد والعنوان كلها ذات جذور كيميائية . أى أن أسبابها تعود إلى ردود فعل الجسم بالحساسية لبعض الأطعمة أو لبعض المركبات الملوثة للبيئة أو لنقص واحد أو أكثر من المعادن التى توجد في الجسم في الحالة الطبيعية بكميات ضئيلة ، أو لتسمم شديد من بعض المعادن الثقيلة كالرصاص والزئبق .

وفي مؤتمر طبي عقد في لندن للبحث في العلاقة بين عمل الدماغ والغذاء وملوثات البيئة أعلن الدكتور ماكأرنيس أنه وجد أن كل فرد تقريبا من المرضى الذين كانوا يعالجون نفسيا بالتحليل النفسي استفاد من العلاج الطبي بإزالة العنصر الذى يسبب حساسية عنده من طعامه أو بيئته .

وتفيد مجموعة أبحاث أجريت في أمريكا أن وجود عناصر معادن ثقيلة من الرصاص والزنك والنحاس بنسبة عالية في الجسم يمكن أن تؤثر تأثيراً سلباً في وظائف الدماغ والجهاز العصبي المركزي والغدد الصماء وينتج عن ذلك سلوك شاذ مخالف للمعتاد . ويؤكد الدكتور كارل بفايفر Carl Pfeiffer مدير مركز الدماغ الحيوي في الولايات المتحدة أن زيادة نسبة النحاس يمكن أن تؤدي إلى زيادة الانفعالية وإلى الوسواس والهلوسة وأن وجود نسبة عالية من الرصاص يمكن أن تؤدي إلى التخلف العقلي عند الأطفال أو تؤدي إلى أشكالاً من السلوك العنواني العنيف . ( الكرمي ، ١٩٧٨ ) .

وفي ميدان آخر للدراسات الطبية وهو ميدان الغدد الصماء<sup>(١)</sup> فقد أصبح واضحاً لدى أطباء الغدد أن العلاقة وثيقة بين التوازن في إفرازات الغدد الصماء والتمو السوي جسمياً كان أو نفسياً أو سلوكياً . فاضطرابات الغدة النخامية مثلاً تؤدي إلى تأخر في النمو في حالة نقص إفرازاتها وتؤدي إلى العملاقة في حالة ازدياد تلك الإفرازات ، وسواء أدت إلى القزمية أو العملاقة فإنها ستترك آثاراً نفسية جانبية تسمى « مفهوم الجسم » لدى الفرد ، وما يمكن أن يتولد عنه من مركبات نفسية معقدة تضطرب معها صحة الفرد النفسية . والغدة الدرقية يؤدي نقص إفرازاتها إلى حالة من الضعف العقلي خاصة في الطفولة أما في الكبر فيؤدي إلى المكسيديما ( تأخر عام في النمو الجسمي والعقلي ) أما زيادة الإفراز فتسبب زيادة الأيض وتضخم الغدة الدرقية . أما جارات الدرقية التي تشرف على تنظيم نسبة الكالسيوم والفسفور في الجسم فإن نقص إفرازاتها يؤدي إلى الكزاز أو التتanos ( تقلص العضل ) . في حين أن زيادة الإفراز تسبب هشاشة العظام وتشوهها أما الغدة الكظرية التي تنظم نسبة الصوديوم في الجسم فإن نقص إفرازها يؤدي إلى الإصابة بمرض أديسون ، في حين أن زيادة الإفرازات يسبب البكور الجنسي ( زهران ، ١٩٧٢ ) .

وفي ميدان ثالث للدراسات الطبية نجد الدكتور هنري لا بوري<sup>(٢)</sup> Henri

(١) الغدد الصماء هي تلك التي تطلق إفرازاتها في الدم مباشرة ، وقد ثبت أن لها تأثير واضح في عملية النمو ( سافورد ١٩٦٢ ) .

(٢) هنري لا بوري عالم بيولوجي فرنسي عرف باكتشافاته في مجال علاج النعان فقد اكتشف الكلوربرومازين Chlorpromazine والمينابين Mineprine الأول يستخدم لعلاج النعائين والقلق لتحرير الانفعالات المكبوتة .

Laborit يعمد إلى دراسة وظائف الجهاز العصبي وأثر هذا الجهاز على السلوك الإنساني السوى . وانطلق في تجاربه على الفئران من مسلمات فسيولوجية مفادها أن للدماغ طريقتين في التعامل مع المثيرات الوافدة إليه سواء من العالم الخارجي أو من الكائن ذاته . الطريقة الأولى طريقة الاستثارة اللدنية حيث تتأدى من خلالها الاستجابات التي يرضى عنها الكائن وتترك لديه أثرا. موجبة، الطريقة الثانية هي طريقة الاستثارة الهروبية أو الدفاعية . حيث تتأدى من خلالها الاستجابات التي تخلص الفرد أو الكائن مما يتعرض له من صعوبات مؤلمة .

إن لجوء الكائن الحي إلى إحدى هاتين الطريقتين في تعامله مع المثيرات التي يتعرض لها لا شك أنه يمثل الحل الأفضل بالنسبة إليه ، ذلك أنه يحرره من الآثار السلبية للمثيرات ، أو يتيح له فرصة التمتع بالآثار الإيجابية لها . ولكن « لا بوري » وجد من خلال تجاربه المتعددة أن الكائن الحي قد يلجأ إلى طريقة ثالثة في الاستجابة لما يتعرض له من مثيرات ، حيث إنه لا يؤدي أية استجابة على الإطلاق أى أنه يكف أو يمنع الاستجابة سواء أكانت لدنية أو هروبية أو دفاعية من الظهور . وقد أطلق هذا العالم على هذه الطريقة اسم ( كف الفعل ) *L'inhibition de L'Action* ، ثم راح يدرس آثار هذه الطريقة ، فلاحظ أن الفئران التي تلجأ إليها تعاني القلق وتبدي عليها أعراض الاضطرابات الفسيولوجية كارتفاع ضغط الدم ، وازدياد حركات التنفس وارتفاع ضربات القلب .. الخ ، وقد فسر هذه الظواهر بأنها نتاج للطاقة الانفعالية المحبوسة في جسم الكائن والتي تجمعت على إثر كفه الاستجابة التي يتطلبها المثير الذي يتعرض إليه . وقد رأى هذا العالم أن النتائج التي وصل إليها مع الفئران يمكن أن تنطبق على الإنسان أيضا . فقد وجد لدى معالجته لبعض الأفراد أن الشكوى من آلام المعدة والصدر والتهاب اللوزتين منتشرة لدى أولئك الذين لا يجنون متنفسا للطاقة الانفعالية الحبيسة لديهم نتيجة لتعرضهم لضغوطات اجتماعية دون أن يستجيبوا لها . ( Jerome 1982 ) .

إن أصول نظرية « لا بوري » تعود إلى ما قدمه فرويد عن الآثار المرضية للطاقة الانفعالية المكبوتة اللاشعورية والتي لا تجد مجالاً للتفرغ في العالم الخارجي كما أن هذه النظرية تتفق مع أفكار ولهم ربح الذي لا حظ أن الأشخاص العصبيين يعانون توترا عضليا حادا نتيجة لطاقة انفعالية ما لا بد من تفريغها إذا

ما أريد إنهاء ذلك التوتر العضلي . ولا يتم ذلك إلا من خلال تمارين رياضية تتركز على تلك العضلات مثل : ضرب وسادة بقبضتي اليدين ، البكاء والصراخ ، التنفس العميق ، جعل إنسان العين يتبع ضوءاً متحركاً ، رفس وسادة بالقدمين ، تحريك الحوض حركات متتالية . الخ .

تلك أمثلة فقط على ما قدمته العلوم الطبية في دراستها للجسم الإنساني والذي يهنا هنا هو أن لا خلاف مع تلك العلوم حول الحقائق الطبية التي ثبتت صحتها . ولا خلاف حول أهمية سلامة الجسم من الأمراض ، ولا مناص من متابعة الدراسة لمعرفة أكثر لجوانب ذلك الجسم والكشف عما لا نعرفه حتى الآن ولكن الخلاف يبدأ عندما يحاول الأطباء اعتبار العامل البيولوجي المتغير الوحيد في صحة الفرد النفسية . وبالتالي يسلوون بين الصحة النفسية والصحة الجسمية وتصبح الصحة النفسية عندهم تعني خلو الجسم من الأمراض وفقاً لما يقرره الطبيب المختص . فنحن نعتقد أن العامل البيولوجي هو واحد من متغيرات تحدد رؤيتنا للصحة النفسية وأن هذا العامل لا يس إلا بعبء واحداً من أبعاد الكائن الإنساني وهو البعد الجسمي فقط . كما نعتقد أن العلاقة جدلية بين أبعاد الإنسان الأربعة وقد أدرك القدامى هذه العلاقة حين قسموا الأمراض إلى قسمين أمراض الأبدان وأمراض القلوب وقد يتبع أحدهما الآخر بمعنى أن مرضى الأبدان قد تمرض قلوبهم ، ومرضى القلب قد يمرضون بدنياً .

إن دعوى بعض الأطباء أن مرضى النفس هم مرضى في أجسادهم فقط ، رؤياً محدودة لديناميكيات المرض النفسي . وتفرض طريقة واحدة في العلاج هي الاعتماد على العقاقير والمستحضرات الكيميائية . والواضح الآن أن الاتجاهات العالمية في هذا الميدان حتى في الميدان الطبي لا تتحسس كثيراً لهذه الدعوى ، مما أفسح المجال للمتخصصين في علم النفس والخدمة الاجتماعية وعلم الاجتماع ... الخ ليشاركوا في العملية العلاجية لمرضى النفس .

بهذا نكون قد عرضنا مفهوم الصحة النفسية سواء في الفكر الفلسفي الأغريقي ، أو عند الفزالي أو في مجمل النظريات الوضعية للمدارس ومذاهب علم النفس وكذلك من وجهة نظر العلوم الطبية . وبعد هذا العرض يهنا أن نرى ما قدمه الإسلام في هذا المجال .



## الصحة النفسية والدين الإسلامى

ما من شك فى أن الدين الإسلامى قد جاء لمصلحة بنى البشر واتقازا لهم مما كانوا يتخبطون فيه : من فساد فى العقيدة وأمراض فى النفوس والأجساد ، ومعضلات اقتصادية واجتماعية ، وحروب لا تبقى ولا تذر . وجاء هذا الدين للناس كافة فهو دين عالمى إنسانى لا يفرق بين الناس تبعاً لأعراقهم أو ألوانهم أو بواطنهم الجغرافية ، إنما يفترق الناس ويتفاضلون بالتقوى « لا فضل لعربى على أعجمى إلا بالتقوى » . وهو خاتم الرسالات فكان لابد وأن يكون شاملاً يتناول الإنسان فى كليته ، يتناول جسده ونفسه وروحه ، يتناول فى مجتمعه ، فى غلوه ورواحه ، فى نومه ويقظته فى فرحه وحزنه ، فى سوائه ومرضه ، يتناول فى علاقته بخالقه وما تقتضيه تلك العلاقة من عبادة لهذا الخالق وتقرّب إليه وطلب العون منه ساعة الشدة ، فهو قريب إليه يلى دعوته إذا دعه ، إنه أقرب إليه من حبل الوريد ، هذا الخالق القادر على كل شيء العالم بخائنة الأعين وما تخفى الصدور .

لذا لا غرو أن تحتل الصحة النفسية للفرد مكان الصدارة باعتبار أنها تشكل المصلحة الرئيسية للفرد . والمتبع لموضوع الصحة النفسية فى مصادر الدين الإسلامى سيعثر دون شك على الشروط التى يجب توفرها لتحقيق تلك الصحة نذكر منها ما يلى :

١ - الإيمان بالله وملائكته وكتبه ورسله ، واليوم الآخر ، وقضائه وقدره . هذا الإيمان هو أساس العقيدة الإسلامية . يصور القرآن الكريم أثره فى الإنسان بقوله : ﴿ وَعَدَ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ لَيَسْتَخْلِفَنَّهُمْ فِي الْأَرْضِ كَمَا اسْتَخْلَفْنَا مِنْ قَبْلِهِمْ وَلَيُمَكِّنَنَّ لَهُمْ دِينَهُمُ الَّذِي ارْتَضَى لَهُمْ ، وَلَيَكْفُرَنَّ عَنْهُمْ بَعْدَ خَوْفِهِمْ أَتَمَّا يَعْمَلُونَ ﴾ لا يشركون فى شيئاً <sup>(١)</sup> فالصحة النفسية السوية تتطلب سواء العقيدة الإيمانية ، وتعنى الإحساس بالأمن بعد الحنوف ، وسعة الرزق ، والاستخلاف فى الأرض ، والحياة الطيبة : ﴿ من عمل صالحاً من ذكر أو أنثى وهو مؤمن فلنجزيه حياة طيبة ولنجزينهم أجرهم بأحسن ما كانوا يعملون ﴾ <sup>(٢)</sup> .

(١) النور ، آية ٥٥ .

وأخيراً تعنى الصحة النفسية الاطمئنان على حسن الختام والفوز برضى الله  
يقول تعالى : ﴿ وَأَمَّا مَنْ خَافَ مَقَامَ رَبِّهِ وَنَهَى النَّفْسَ عَنِ الْهَوَىٰ فَإِنَّ الْجَنَّةَ هِيَ  
الْمَأْوَىٰ ﴾ (١) .

٢ - سلامة القلب من أمراض الشبهة والشك وأمراض الشهوة  
والغنى (٢) . الصنف الأول يؤدي إلى اختلال العقيدة الإيمانية . والصنف الثاني  
يحول الإنسان عن فطرته الخيرة إلى البهيمية التي لا تعرف كيف تضبط غرائزها  
ولا كيف تشبع تلك الحاجات ، وكلا الصنفين وارد في القرآن الكريم حيث  
يقول تعالى في الصنف الأول : ﴿ فِي قُلُوبِهِمْ مَرَضٌ فَزَادَهُمُ اللَّهُ مَرَضًا ﴾ (٣) .  
ويقول أيضاً : ﴿ وَلَيَقُولَ الَّذِينَ فِي قُلُوبِهِمْ مَرَضٌ وَالْكَافِرُونَ مَاذَا أَرَادَ اللَّهُ بِهَذَا  
مَثَلًا ﴾ (٤) .

ويقول في الصنف الثاني : ﴿ يَا نِسَاءَ النَّبِيِّ لَسْتُنَّ كَأَحَدٍ مِنَ النِّسَاءِ إِنَّ  
الْقَبِيضَ فَلَا تَحْضَعْنَ بِالْقَوْلِ فَيَطْمَعَ الَّذِي فِي قَلْبِهِ مَرَضٌ ﴾ (٥) . ويقول أيضاً :  
﴿ زَيْنٌ لِلنَّاسِ حُبُّ الشَّهَوَاتِ مِنَ النِّسَاءِ وَالْبَيْنِ وَالْقَنَاطِيرِ الْمُقَنْطَرَةِ مِنَ الذَّهَبِ  
وَالْفِضَّةِ وَالْخَيْلِ الْمُسَوَّمَةِ وَالْأَنْعَامِ وَالْحَرْثِ ذَلِكَ مَتَاعُ الْحَيَاةِ الدُّنْيَا وَاللَّهُ عِنْدَهُ  
حُسْنُ الْمَآبِ ﴾ (٦) .

٣ - عدم الخضوع لمطالب النفس الأمارة بالسوء أو لمطالب النفس  
اللوامية المغالية . الأولى تدفع بصاحبها إلى طريق الشر حيث الكفر والإلحاد التي  
لا يرضى عنها الله كالقتل والربا وأكل مال اليتيم وشرب الخمر والزنا والقعود عن  
الجهاد ... إلخ فينحرف الفرد بذلك عن جادة الصواب . أما الثانية فمهمتها اللوم  
العنيف لصاحبها ، وتهديله بالعقاب ، ودفعه للانتقام من نفسه عما ارتكبه من  
أفعال مشينة ، وتخويفه حتى يفقد أمنه فلا يجد له ملجأ ، ويعيش معذباً ينتظر

(١) التازعات ، آية ٤٠ ، ٤١ .

(٢) تحدث كثير من علماء المسلمين عن أمراض القلوب . ومنهم ابن القيم الجوزية في كتابه « الطب  
النبي » فارجع إليه .

ابن القيم الجوزية ، الطب النبوي ، دار إحياء التراث العربي .

(٥) الأحزاب ، آية ٣٢ .

(٣) البقرة ، آية ١٠ .

(٦) آل عمران ، آية ١٤ .

(٤) المائدة ، آية ٣٩ .

قضاءه . وقد ورد ذكر النفس الأولى التي تدعو إلى الهوى في قوله تعالى : ﴿ وأما من خاف مقام ربه ونهى النفس عن الهوى فإن الجنة هي المأوى ﴾ (١) . أما الثانية فقد أسمى بها الله قوله : ﴿ ولا أقسم بالنفس اللوامة ﴾ (٢) . وقد بين لنا القرآن الكريم الصورة المثالية للنفس التي يتمتع صاحبها بالصحة النفسية وأسمائها النفس المطمئنة ، والتي لا يصل إليها الإنسان إلا بالكف عن تنفيذ مطالب النفس الأمارة بالسوء ، وكذلك عدم الانسياق لمطالب النفس اللوامة المنالية استجابة للحديث الشريف : « إن هذا الدين متين ولن يثبات الدين أحد إلا غلبه » ، وفي قول الرسول ﷺ أيضا : « إن لبيدك عليك حقاً ولنفسك عليك حقاً ، ولأهلك عليك حقاً ولربك عليك حقاً فاعط كل ذي حق حقه » ، وقد ذكر القرآن الكريم النفس المطمئنة في قوله تعالى : ﴿ يا أيها النفس المطمئنة ارجعي إلى ربك راضية مرضية فادخلي في عبادي وادخلي جنتي ﴾ (٣) .

٤ - سلامة الجسد من الأمراض . فقد روى عن أبي بكر رضي الله عنه عن النبي ﷺ أنه كان يدعو ربه بالدعاء التالي : « اللهم عافني في بدني ، اللهم عافني في سمعي ، اللهم عافني في بصري » وقد حث الرسول الكريم على التداوي تخلصاً من أمراض الجسم في قوله ﷺ : « لتداووا فإن الذي خلق الداء خلق الدواء » ( ابن القيم ، ص ٤١ ) .

٥ - المدلومة على ذكر الله يتناول القرآن الكريم تلاوة أو سماعاً - حديث عن عبد الله بن مسعود رضي الله عنه عن النبي ﷺ قال : « إن القرآن مأدبة الله فاقبلوا مأدبته ما استطعتم . إن هذا القرآن حبل الله والنور المبين الشفاء النافع ، عصمة لمن تمسك به ، ونجاة لمن اتبعه ، ولا يزيغ فيستعصب ولا يعوج فيقوم ، ولا تنقض عجايبه ، ولا يخلق من كثرة الرد . اتلوه فإن الله يأجركم على تلاوة كل حرف عشر حسنات » . ويقول الرسول أيضاً : « من استمع إلى آية من كتاب الله كتبت له حسنة مضاعفة ، ومن تلاها كانت له نوراً يوم القيامة » ( ابن القيم ، ص ٤٢ ) ويقول تعالى في نفس الموضوع :

(١) التلوات ، آية ٤٠ ، ٤١ .

(٢) التلوة ، آية ٢ .

(٣) الفجر ، آية ( ٢٧ - ٣٠ ) .

﴿ كِتَابُ أَنْزَلْنَاهُ إِلَيْكَ مُبَارَكٌ لِيَدَّبَّرُوا آيَاتِهِ وَلِيَتَذَكَّرَ أُولُوا الْأَلْبَابِ ﴾<sup>(١)</sup>.  
ويقول أيضاً: ﴿ وَإِذَا قُرِئَ الْقُرْآنُ فَاسْتَمِعُوا لَهُ وَأَنْصِتُوا لَعَلَّكُمْ تُرْحَمُونَ ﴾<sup>(٢)</sup>.

٦ - سلامة النفس من الهم والحزن والعجز والكسل والجبن والبخل  
وغلبة الدين وقهر الرجال . يُروى عن الرسول عليه السلام أنه دخل المسجد  
فوجد رجلاً يجلس في ركن من أركانه فسأل عن حاجته وعما به فشكى للرسول  
همومه وديونه . فقال له الرسول : « أَفَلَا أَعْلَمُكَ كَلَاماً إِذَا قَلْتَهُ أَذْهَبَ اللَّهُ هَمَّكَ  
وَقَضَىٰ عَنْكَ دَيْنَكَ ؟ » قال بلى يا رسول الله . فقال الرسول : « قل إذا  
أصبحت وإذا أمسيت اللهم إني أعوذ بك من الهم والحزن ، وأعوذ بك من  
العجز والكسل ، وأعوذ بك من الجبن والبخل ، وأعوذ بك من غلبة الدين  
وقهر الرجال » ( ابن القيم ، ص ٣٣ ) .

٧ - التمتع بعلاقات اجتماعية سليمة وتحمل المسؤولية الاجتماعية واحترام  
إرادة الجماعة والالتزام بما تتفق عليه ، والإحساس بالآلام وآمال الجماعة  
ومشاركتها أفراسها وأتراسها ... الخ . فقد نظم الدين الإسلامي صور تلك  
العلاقات وكيف يجب أن تكون ... فهنا الرسول الكريم يصف المؤمنين في  
توادمهم وتراحيمهم بالجسد إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر الجسد بالسهر  
والحمى . والرسول نفسه يروى لنا كيف أن جبريل عليه السلام ظل يوصيه  
بالجوار حتى ظن الرسول أنه سيورثه ، ويأمرنا بإيفاء الكيل والميزان وبرد الأمانات  
إلى أهلها ، والحكم بالعدل ، وإخراج الزكاة ، و... الخ مما ينظم العلاقات  
الاجتماعية ويخلق المجتمع المسلم ، المجتمع الذي يحس فيه كل فرد بسلامة صحته  
النفسية .

خلاصة القول : إن الدين الإسلامي يرى أن الصحة النفسية أساسها  
سلامة العقيدة وسلامة النفس والجسد من الأمراض والانحرافات والأهواء ،  
وسلامة العلاقات الاجتماعية الرابطة بين الفرد والآخرين .

(١) ص ، آية ٢٩ .

(٢) الأعراف ، آية ٢٠٤ .

ألم هذه النظرة الشمولية للإنسان وصحته النفسية ، لا يبقى للنظريات الوضعية والفلسفية من معنى . إلا شيء واحد وهو محاولة التعمق في عموميات طرحها منذ ١٤٠٠ سنة على وجه التقريب ديننا الحنيف ولا يبقى للنظريات العلمية إلا معنى واحداً هو : أنها تزيد المؤمن إيماناً بقدرة خالق هذا الكون ، وتجعله أقل على التعرف على دقائق كونه والقوانين المنظمة له وكيفية التعامل وفقاً لتلك القوانين ، مما يزيد من إحساسه بقيمته وبقدرته على اختراق المجال الأرضي إلى الكواكب باحثاً ومنقباً في خفايا هذا الكون ، وليثبت أنه يستحق خلافة الله في أرضه . إنسان كهذا ألا يتمتع بالصحة السوية ؟ .

### مؤشرات الصحة النفسية

عرضنا فيما تقدم أهم التراث الفكرى للدراسات النفسية والفلسفية ذات العلاقة بموضوع الصحة النفسية ، كما عرضنا لتلك الصحة في ديننا الإسلامى الحنيف وقد رأينا تعدد وتنوع مفاهيم الصحة النفسية بتعدد النظريات الوضعية وانتهينا إلى التصور الأشمل لتلك الصحة وهو ذاك الذى قدمه الدين الإسلامى من حيث إن تناول الإنسان بأبعاده الروحية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية .

وقد استعان علماء النفس بما قدمه التراث الفكرى النفسى في وضع قوائم من المؤشرات التى يتصورون أنها تعبر في مجموعها عن الصحة النفسية للفرد ، والتي من خلالها يُترك للفرد أن يحدد مدى ما يتمتع به من صحة نفسية . وسنعرض فيما يلى بعضاً من هذه القوائم : ( عبد الغفار ، ١٩٧٦ ) .

١ - قائمة جودا ( ١٩٥٨ ) : جاء في هذه القائمة المؤشرات التالية :

تقبل الذات واحترامها ، الشعور بالوجود ، الاستقلالية ، التلقائية ، تكامل الشخصية ، مرونة الآنا ، القدرة على تحمل الإحباط ، القدرة على تحمل القلق ، الإعتماد على النفس ، الحساسية الاجتماعية ، الكفاءة في العلاقات الشخصية ، الكفاءة في العمل ، والقدرة على التكيف .

هذه القائمة تحتوى على أربعة عشر مؤشراً يتم أساساً بالبعدين النفسى والاجتماعى فقط . ولكن هذه القائمة لا تتعرض لأى من الجانبين الجسمى والروحي للإنسان .

٢ - قائمة بارون ( ١٩٦٨ ) : تذهب هذه القائمة إلى أن الفرد صاحب الصحة النفسية السوية ذاك الذى لا يكذب ، لا يفسق ، لا يسرق ، لا يفتاب ، لا يقتل ، لا يفعل أى شيء يهدد سم الحية ونموها ، لا يفعل إلا ما يراه صوابا .

إن هذه القائمة تركز أساسا على القيم الاجتماعية والأخلاقية وتهمل بشكل واضح الجوانب الإنسانية الأخرى .

### ٣ - قائمة ماسلو : وتشمل المؤشرات :

إرتباط الفرد بمجموعة من القيم منها : صديق الفرد مع نفسه ومع الآخرين ، أن تكون لديه الشجاعة فى التعبير عما يراه صوابا ، أن يتفانى فى أداء العمل الذى يجب أن يؤديه ، أن يكتشف من هو وما الذى يريد وما الذى يحبه وأن يعرف ما هو الخير له ، وأن يتقبل ذلك دون اللجوء إلى حيل دفاعية يقصد بها تشويه الحقيقة .

وتؤكد هذه القائمة على الأبعاد التالية :

( أ ) معرفة الفرد لذاته وامكانياته . وهذه مقولة قديمة حديثة بدأ بها سقراط فلسفته ولكي يحققها ابتدع المنهج الحوارى الخاص به ، وما زالت الاتجاهات الحديثة والمعاصرة تراها شرطا ضروريا لتوافق الإنسان مع نفسه وتتمتع بالصحة النفسية .

( ب ) صديق الفرد مع نفسه بأن يتصرف وفقا لامكانياته ، ووفقا لقيمه دون حاجة إلى تزييف أو تزوير . وهذه مقولة من المقولات الوجودية التى تدعو الإنسان أن يكون هو هو ولا شيء غير ذلك .

إذن قائمة ماسلو تلخصها المعادلة المعروفة جيدا :

اعرف نفسك — كن صادقا معها — تقبل ذاتك —

Accept your Self — Be your Self — Know your Self

ولعل السؤال المطروح هو : هل تكفى معرفة النفس ليكون الإنسان صادقا معها ؟ وهل يكفى أن يقبل الفرد ذاته ليكون سعيدا ؟ لا نعتقد ذلك فثمة جانب

ناقص في هذه المعادلة لا تكمل إلا به ألا وهو الجانب الروحي الذي يضبط المقولة الثانية ويحل بعض اشكالات المقولة الثالثة . فمعرفة الإنسان لخالفه والإيمان به والإمتثال لما يستتبع ذلك الإيمان من عبادات وأوامر ونواه يفرض على الإنسان أن يكون صادقاً مع نفسه ومع خالفه قابلاً لذاته راضياً بما قدر له .

#### قائمة صموئيل مفاريوس (١٩٧٤) : وتشمل المؤشرات التالية :

تقبل الفرد لحدود امكانياته ، استمتاع الفرد بعلاقاته الاجتماعية ، نجاح الفرد في علمه ورضاه عنه ، الإقبال على الحياة بوجه عام ، كفاءة الفرد في مواجهة احباطات الحياة اليومية ، اتساع أفق الحياة النفسية ، إشباع الفرد لدوافعه وحاجاته ، ثبات اتجاهات الفرد ، تصدى الفرد لمسئولية أفعاله وقراراته ، الاتزان الانفعالي .

إن هذه القائمة لا تختلف كثيراً عن سابقتها من حيث اهتمامها بالجانب النفسي للفرد والجانب الاجتماعي فقط دون أى ذكر للجانبين البيولوجي والروحي . وعليه فإن اقتراح أية قائمة للمؤشرات الدالة على الصحة النفسية لأبد وأن يكون أكثر شمولية لأبعاد الإنسان المختلفة من جهة ، وألا تقتصر على المؤشرات الإنسانية العامة التي لا تخضع للثقافات . وقد تأكد لنا من خلال دراسة أولية أجريت عام ١٩٨٢ على عينة عشوائية من طلبة جامعة الكويت واستخدمنا فيها قائمة من المؤشرات الدالة على الصحة النفسية والمأخوذة من القوائم التي ذكرناها آنفاً ، إن المؤشرات المختارة هي مؤشرات إنسانية لنا ذهبت العينة إلى الموافقة عليها وحددت أول عشر مؤشرات دالة على الصحة النفسية وهي :

أن يكون الفرد صادقاً مع نفسه ، أن تكون لديه الشجاعة في التعبير عما يراه صواباً ، أن يكون صادقاً مع الآخرين ، أن يكون قابلاً لذاته ، أن يعتمد على نفسه ، أن يتحمل مسؤولية أفعاله وقراراته ، أن يتمتع بالاستقلالية ، أن يكون ثابتاً في اتجاهاته ، أن يكون مرناً ، أن يتفانى في أداء العمل الذي يجب أن يؤديه .

وهذه المؤشرات مشتركة مع القوائم الأخرى بغض النظر عن الاختلافات الثقافية في المجتمعات المختلفة . وإذا كان لنا أن نقترح قائمة للمؤشرات التي نعتقد أنها تمثل المفهوم الاجرائى للصحة النفسية فإننا سننطلق من نظرتنا الشمولية للإنسان ، تلك النظرة المستقاة أساساً من معطيات ديننا الحنيف . هذه القائمة هي :

( ١ ) **الجانب الروحي** : الإيمان بالله ، أداء العبادات ، القبول بقضاء الله وقدره ، الإحساس الدائم بالقرب من الله ، اشباع الحاجات بالحلال ، المداومة على ذكر الله .

(ب) **الجانب النفسى** : الصديق مع النفس ، سلامة الصدر من الحقد والحسد والكراهة ، قبول الذات القدرة على تحمل الإحباط ، القدرة على تحمل القلق ، الابتعاد عما يؤذى النفس ( الكبرياء ، الغرور ، الإسراف ، التقدير ، الكسل ، التشاؤم ) ، التمسك بالمبادئ المشروعة ، الاتزان الانفعالى ، سعة الصدر ، التلقائية ، الإقبال على الحياة ، السيطرة وضبط النفس ، البساطة ، الطموح ، الاعتماد على النفس .

(ج) **الجانب الاجتماعى** : حب الوالدين ، حب شريكة الحياة ، حب الأولاد ، مساعدة المحتاجين ، الأمانة ، الجرأة فى قول الحق ، الابتعاد عما يؤذى الناس ( الكذب ، الغش ، السرقة ، الزنا ، القتل ، شهادة الزور ، أكل مال اليتيم ، الفتن ، الحقد ، الحسد ، الغيبة ، التهمة ، الخيانة ، الظلم ) الصديق مع الآخرين ، حب العمل ، تحمل المسئولية الاجتماعية .

(د) **الجانب البيولوجى** : سلامة الجسم من الأمراض ، سلامته من العيوب الخلقية ، تكوين مفهوم موجب للجسم ، العناية الصحية بالجسم ، عدم تكليفه إلا فى حدود طاقته .

### الصحة النفسية وسيكولوجية التوافق

إن الاهتمام فى الآونة الأخيرة بسيكولوجية التوافق باعتباره الهدف الأقصى الذى يسعى إليه الكائن الإنسانى ، والذى يُستخرج من أجله كافة سلوكياته وامكانياته هذا الاهتمام أدى إلى جعل مفهوم الصحة النفسية أكثر التصاقاً بل وتطابقاً من مفاهيم أخرى مثل : التوافق ، التكيف المتكامل ، تكامل الوظائف النفسية .

فبالنسبة لمصطلح التوافق فإن بوهيم (١٩٥٥) يرى أن الصحة النفسية هى حالة ومستوى فاعلية الفرد الاجتماعية ، وما تؤدى إليه من اشباع لحاجات الفرد .



فالفرد الأكثر توافقا هو الفرد الأنجح في إشباع حاجاته من خلال أفعالياته الاجتماعية ، وهو الفرد الذى يتمتع بمستوى أعلى للصحة النفسية . ( عبد الغفار ، ١٩٧٦ ) .

إن هذا المعيار للصحة النفسية نابع من صميم ثقافة المجتمع الأمريكى الذى يقدس قيمة الفرد ويعطيه الحرية في استخدام كافة الوسائل لاشباع حاجاته . وقريبا من ذلك ، يذهب صموئيل مغاريوس إلى أن الصحة النفسية هى مدى أو درجة نجاح الفرد في التوافق الداخلى بين دوافعه ونزعاته المختلفة ، وفي التوافق الخارجى في علاقاته ببيئته المحيطة بما فيها ومن فيها من موضوعات وأشخاص . هذا النوع الأخير من التوافق يجعل من المعيارية الفردية التى طرحها يوهيم غير كافية ، إنما لابد من المعيارية الاجتماعية . وينبه مغاريوس إلى أن التوافق الاجتماعى أمر نسبي يختلف باختلاف الزمان والمكان ، وعليه لابد للمتخصص النفسي من الدراسة المعمقة للبيئة الاجتماعية وأن يتعرف على معطياتها الأساسية من عادات وتقاليد وقيم وقواعد سلوك .... الخ » .. أى أن الصحة النفسية رهينة بالشروط الثقافية للبيئة خاصة فيما يتصل بالتوافق الاجتماعى ( مغاريوس ، ١٩٧٤ ) .

أما بالنسبة لمصطلح « التكيف المتكامل » ، فيذهب شوبن إلى تحديد عند من الصفات تعبر عن هذا التكيف ومنها : القدرة على ضبط النفس ، الشعور بالمسؤولية الشخصية ، الشعور بالمسؤولية الاجتماعية ، والاهتمام بالقيم المختلفة وخاصة القيم الديمقراطية . ويتحدث شوبن عن الفرد ذى الصحة النفسية السوية بأنه ذاك الذى تعلم أن عليه في كثير من المواقف أن يرجئ إشباع حاجاته مفضلا نتائج بعيدة المدى عن ذلك الإشباع الفورى ، وهو يدرك دوافع سلوكه المختلفة . ويتحمل مسؤولية ما يقوم به من أعمال دون اللجوء إلى حيل دفاعية . ( عبد الغفار ، ١٩٧٦ ) .

إن هذه الصفات التى أوردها شوبن للتدليل على التكيف المتكامل لا تختلف كثيرا عن تلك التى أوردها واضعو القوائم الدالة على الصحة النفسية ومن هنا أصبح المصطلحان مترادفين .

أما صلاح مخيمر فيقول في نفس الموضوع : « إذا كانت الصحة النفسية هى عملية تكيف الفرد مع بيئته ، فإننا يمكن أن نتبين مظاهر هذه الصحة إذا

ما تناولنا عملية التكيف من زاوية الفرد من حيث موقفه من ذاته ( دينامية ) ومن زاوية البيئة من حيث موقفه من بيئته ( الوظيفية ) .

ثم يورد بعض هذه المظاهر : فمن الناحية الدينامية يتصف صاحب الصحة النفسية السوية بـ :

اتسام الشخصية بالوحدة الكلية ، واتسامها بالاستمرارية ، الفهم الواقعي لامكانيات ذاته وحدودها ، خفض التوترات ، الشعور باضطراب التقدم على الطريق إلى أهداف المستقبل تحقيقاً للذات وامكانياتها .

أما من الناحية الوظيفية فيتمتع بالقدرة على مواجهة المواقف المختلفة في عالمه: المألوفة منها بالعادات والجديدة منها بالذكاء ، والقدرة على خفض التوترات أو على الأقل التسامح تجاهها ، القدرة على تحقيق الذات ، القدرة على المشاركة في الحياة الاجتماعية والحصول على تقدير الآخرين وحبهم ( محيّر ، ١٩٧٢ ) .

أما مصطلح « التكامل » ، الذى هو فى الأصل مصطلح رياضى . استعاره الدكتور القوصى ليستخدمه فى الدراسات النفسية . وحين تحدث عن الصحة النفسية قال هى « التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة ، مع القدرة على مواجهة الأزمات العادية التى تطرأ عادة على الإنسان ومع الإحساس الإيجابي بالسعادة . ( القوصى ، ١٩٧٠ ) .

ويحدث صلاح محيّر فى نفس الموضوع فيقول إن التكامل هو اتزان بين مكونات الشخصية ، وهو اتزان بين الشخصية والبيئة ، متأثراً فى ذلك بالاتجاه الفرويدى الذى أشرنا إليه سابقاً . وعليه تكون الشخصية سوية بقدر ما تنطوى عليه من حرية ومرونة تجاه المتطلبات الغريزية والأخلاقية ومتطلبات العالم الخارجى عندئذ يكون بوسعها أن تبلغ الأمن والرضا عن ذاتها وعالمها ومن ثم السعادة تحت راية مبدأ الواقع ( محيّر ، ١٩٧٢ ) .

ومهما يكن من أمر فإن الرباط بين الصحة النفسية وكل من التوافق والتكيف المتكامل والتكامل أدى إلى اصطناع العديد من الاستفتاءات أو الأدوات لقياس الصحة النفسية للفرد والتعرف عليها . ولدينا الآن فى الكويت العديد منها مثل : اختبار الشخصية للمرحلتين المتوسطة ، والثانوية ( ١٩٧٤ ) ، واختبار

الشخصية للشباب (١٩٧٥) ، واستفتاء الشخصية للمرحلتين المتوسطة والثانوية (١٩٧٥) ... الخ وكلها صادرة عن إدارة الخدمة النفسية بوزارة التربية .

### مفهومنا للصحة النفسية

بعد عرضنا لأهم النظريات والأفكار التي لها علاقة بالصحة النفسية للفرد ، وعلى ضوء مناقشتنا لتلك النظريات والأفكار ، فقد حان الوقت لبلورة مفهوم خاص بنا للصحة النفسية .

يقوم هذا المفهوم على أساس من النظرة الإسلامية إلى الإنسان باعتباره كل متكامل من روح ونفس وجسم ، غاية وجوده عمارة الأرض وعبادة الله . قال تعالى : ﴿ وامشوا في مآكبا واكلوا من رزقه وإليه النشور ﴾ .

وقال أيضا : ﴿ وما خلقت الإنس والجن إلا ليعبدون ﴾ . ولكي يحقق الإنسان هذه الغاية أرسل الله إليه الرسل والأنبياء توضح له كيف يعمر الأرض ؟ وكيف يعبد الله ؟ وتبين له طريق الهدى والفلاح وطريق الضلالة والشقاء . قال سبحانه وتعالى : ﴿ ونفس وما سواها فألهمها فجورها وتقواها قد أفلح من زكاها وقد خاب من دساها ﴾ . وقال أيضا : ﴿ إنا خلقنا الإنسان من نطفة أمشاج نبتليه فجعلناه ميمًا مبصرًا . إنا هديناه السبيل إما شاكرا وإما كفورا ﴾ فمن تبع طريق هدى الله سعد في الدنيا والآخرة . وقال تعالى : ﴿ إنا ما ياتينكم منى هدى فمن تبع هداى فلا خوف عليهم ولا هم يحزنون والذين كفروا وكذبوا بآياتنا أولئك أصحاب النار هم فيها خالدون ﴾ .

وطريق الهدى والفلاح الذى رسمه الله يناسب فطرة الناس ، ويربطه بمخالفته ويوفر له الأمن والطمأنينة في حياته الدنيا ، ويحقق له التكامل والتوازن بين قواه الروحية والنفسية والجسمية فيعيش سعيدا في قرب من الله وسلام مع الناس ووثام مع النفس ونجاح في الحياة .

ومن هنا نعرف الصحة النفسية بأن يعيش الإنسان على فطرته في قرب من الله ، وسلام مع الناس ، ووثام مع النفس وسلامة في الجسد ونجاح في الحياة .

وبهنا أن نؤكد هنا أن هذا المفهوم ينسجم أساسا مع ديننا الحنيف وثقافتنا العربية الإسلامية ، وهو في نفس الوقت ذو طابع شمولي يستغرق أبعاد الإنسان الروحية والنفسية والبيولوجية والاجتماعية ، وهو أيضا يفتح لمعطيات العلوم المختلفة التي تزيد من وعينا ومعرفتنا بنواتنا ويتسع لاستيعاب كل الحقائق العلمية التي تهلف بخير الإنسان في هذه الدنيا .

## الفصل الثاني

### الحاجات وعلاقتها بالصحة النفسية

- تمهيد .
- تصنيف الحاجات .
- الحاجات العضوية .
- الحاجات غير العضوية .
- تحقيق الذات .
- تدرج الحاجات .
- مبادئ إشباع الحاجات .



## تمهيد

نستدل على الصحة النفسية من توافق الإنسان مع نفسه ومع مجتمعه ، حيث يتمتع الشخص « حسن التوافق » Well-adjusted بصحة نفسية . لا يتمتع بها الشخص « سيء التوافق » Mal-adjusted . ويرتبط توافق الإنسان بقدرته على إشباع حاجاته ، وبإساليه في تحقيق أهدافه ، فإذا كانت حاجاته مقبولة واستطاع إشباعها بطرق مشروعة ، شعر بالرضا وحسن توافقه ، أما إذا لم يستطع إشباعها أو أشبعها بطرق غير مشروعة شعر بعدم الرضا وساء توافقه .

ويعتبر كثير من الباحثين أن معرفة حاجات الشخص وما يرتبط بها من دوافع وأهداف واستجابات سوية وغير سوية ، وما تحقق منها وما لم يتحقق ، من الموضوعات الهامة في علم « الصحة النفسية » . فمن طريق هذه المعرفة نستطيع فهم شخصيته ، وتفسير سلوكه : فالإنسان لا يفكر ، ولا يتعلم العلم ، ولا يفعل أى شيء إلا إذا كان مدفوعا بحاجة ما ، نحركه إلى تحقيق ما يشبعها ( Murray, 1964 ) . وفى بداية هذا الفصل نحاول تحديد مفاهيم الحاجة والدافع والسلوك الوسيط .

## الحاجة Need :

مفهوم فرضى يدل على حالة من عدم الاتزان الداخلى ( بسبب نقص شيء مادى أو معنوى ) ، تؤدي إلى توتر وإثارة الكائن الحى ، وتدفعه إلى النشاط والاستمرار فيه حتى يحصل على ما ينقصه ، ويشبع حاجته ، فيعود إليه توازنه الداخلى Homostasis .

ويظهر تأثير الحاجة على الكائن فى ناحيتين : فهى من ناحية تدفعه إلى الاستمرار فى النشاط ، ومن ناحية أخرى توجهه إلى النشاطات والموضوعات التى تنصل بحاجته ، وتحقق له إشباعها ( سوين ، ١٩٧٩ ) .

والحاجات إما أن تكون حاجات شعورية أو حاجات لا شعورية ، ونستدل على وجود الحاجات الشعورية من اقرار الشخص بوجودها عنده ، ومن ملاحظة سلوكه ومعرفة أهدافه ، وتعبيرات وجهه ، وإشاراته ، ونغمة صوته . أما الحاجات اللاشعورية فنستدل عليها من فلتات اللسان ، وتحليل محتوى الأحلام ، والنسيان ، واستجابات الشخص على الاختبارات الإسقاطية .

### الدافع Drive :

مفهوم فرضى يدل على حالة الإثارة الملحة الناتجة عن وجود نقص فسيولوجى أو نفسى ( حاجة ) ، وتدفق الكائن إلى النشاط وبذل الجهد ، حتى يسد النقص ( يشبع الحاجة ) فينخفض التوتر ، ويعود الاتزان الداخلى .

### السلوك الوسيطى Instrumental behavior :

استجابات توصل الإنسان إلى ما ينقصه ، ويشبع حاجته . ويُخَفِّض الدافع عنده . وهى استجابات متعلمة ، تختلف فى طبيعتها من مجتمع إلى آخر ، ومن عصر إلى عصر ومن شخص إلى آخر .

وينقسم السلوك الوسيطى إلى ثلاثة أنواع :

- ١ - سلوك مقبول<sup>(١)</sup> : استجابات يقرها المجتمع لإشباع الحاجات ، ويحرص على تعليمها لأبنائه من خلال عملية التنشئة الاجتماعية .
- ٢ - سلوك غير مقبول<sup>(٢)</sup> : استجابات تشبع الحاجة لا يرضى عنها المجتمع ، ويتعلمها بعض الأفراد من خلال التنشئة الخاطئة فى البيت والمدرسة ومن جماعة الأقران النسيين .

---

(١) من الاستجابات المقبولة لإشباع الحاجة إلى الطعام مثلا تناول الطعام الحلال وإشباع الحاجة إلى المال العمل والانتاج لكسب المال الحلال .

(٢) من الاستجابات غير المقبولة لإشباع الحاجة إلى الطعام أكل الميتة والدم ولحم الخنزير ، وإشباع الحاجة إلى المال السرقة والاختلاس والعش .



٣ - سلوك دفاعي<sup>(١)</sup> : استجابات متعلمة يلجأ إليها الإنسان ( عندما يفشل في إشباع حاجة أو أكثر من حاجاته الضرورية ) لكي يخفف التوتر الناتج عن الفشل ، ويخفف الدافع المرتبط بالحاجة ، وبالتالي تعود إليه حالة التوازن الداخلي .

والسلوك الدفاعي لا يؤدي إلى إشباع الحاجات ، لكنه حيل عقلية ( أو نفسية ) يحتال بها الإنسان على نفسه ، للتخلص من التوتر وإعادة التوازن الداخلي ، بإبعاد الحاجة و تعديلها أو تغييرها .

والشكل رقم ( ٢ - ١ ) يبين رسماً توضيحياً للحاجة إلى الطعام ، وما يرتبط بها من دافع وسلوك .. ونجد فيه أن هذه الحاجة نشأت عن نقص المواد الغذائية في الدم ، وتقلصات في جدران المعدة ، أدت إلى حالة توتر وإثارة وعدم اتزان داخل ، تدفع الكائن إلى النشاط لتناول طعام حلال ( سلوك مقبول ) أو طعام حرام ( سلوك غير مقبول ) .

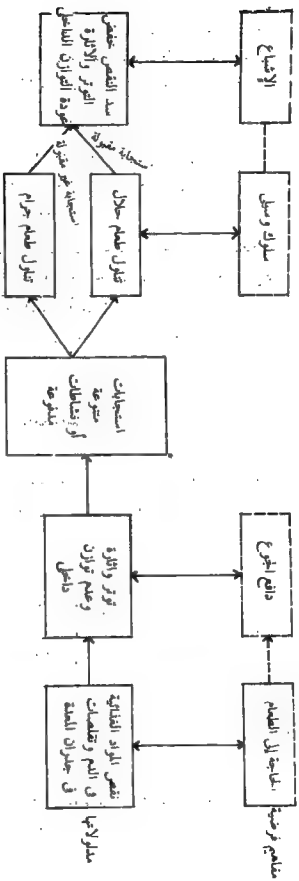
### تصنيف الحاجات

حاجات الإنسان كثيرة يصعب حصرها وتعدادها ، ولكن يمكن تصنيفها إلى حاجات عضوية ، وحاجات غير عضوية . والشكل رقم ( ٢ - ٢ ) يبين رسماً تخطيطياً لأهم هذه الحاجات عند الإنسان .

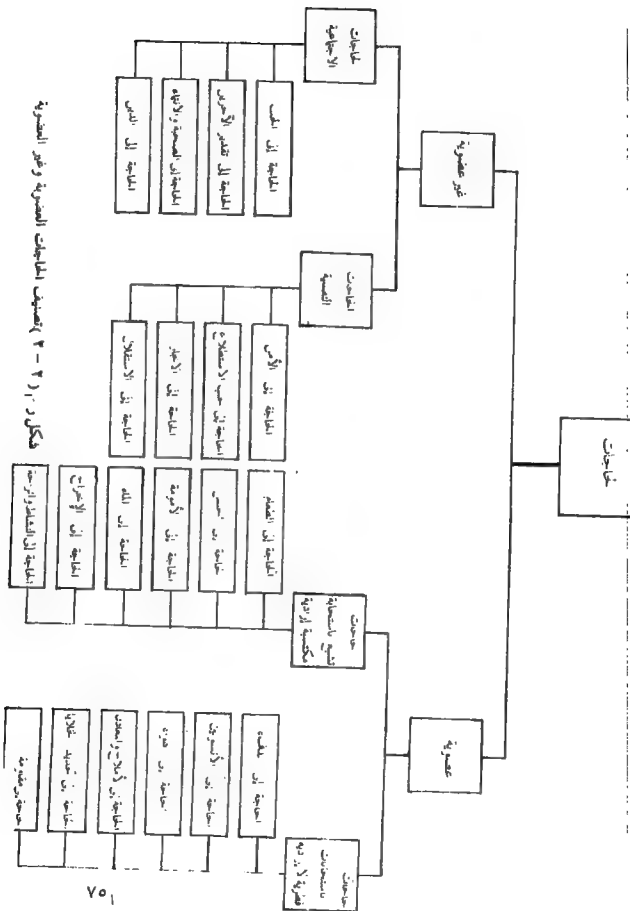
ولا يعني هذا التصنيف أن الحاجات العضوية مستقلة عن غير العضوية ، لأن حاجات الإنسان متداخلة ومتشابهة ، فإشباع الحاجات العضوية يؤثر في إشباع الحاجات غير العضوية ، والحرمان الذي قد يصيب الحاجات غير العضوية يسبب إلى إشباع الحاجات العضوية . ونتناول فيما يلي بعض الحاجات الأساسية :

---

(١) من الاستجابات الدفاعية التي تلجأ إليها الإسقاط والتعويض والأعلاء وغيرها . وسوف نتحدث عن الجمل النفسية بشيء من التفصيل في الفصل الثالث .



شكل رقم (٢ - ١) رسم توضيحي للحاجة إلى الطعام وما يرتبط بها من دافع ومكدرات وإشباع



شكل رقم (٢ - ٣) تصنيف الحاجات البشرية وفق الشخصية

## الحاجات العضوية

نقصد بالحاجات العضوية الأساسية Basic organic needs مجموعة حاجات ، تنشأ عن نقص أو خلل فسيولوجي أو بيولوجي ، يصحبه عدم اتزان داخلي وتوترات وإثارة ، يدفع الكائن إلى سد النقص وإصلاح الخلل ، بنشاطات داخلية وخارجية ، لا تتوقف حتى يحدث الاشباع .

والحاجات العضوية فطرية ، موجودة عند جميع أفراد النوع ، وتؤدي وظيفة بيولوجية هامة ، حيث تحافظ على بقاء الفرد واستمرار نوعه ( نجاشي ١٩٨٣ ) .

ومن آيات الله في أنفسنا أن زود أجسامنا بأجهزة عصبية تستجيب تلقائياً<sup>(١)</sup> لأي نقص بيولوجي أو خلل فسيولوجي باستجابات فطرية<sup>(٢)</sup> ( ميكائزومات غير متعلمة ) تسد النقص ، وتصلح الخلل ، فيعود التوازن الداخلي . فمثلاً إذا حدث خلل في خلايا أنسجة الجسم قامت كرات الدم البيضاء بتجديدها ، وإذا زادت حرارة الجسم عن حد معين تصيب العرق لتخفيضها ، وإذا زاد ثاني أكسيد الكربون في الدم زادت سرعة التنفس للتخلص منه ، وإذا نقص السكر في الدم أطلق البنكرياس السكر المخزون في الكبد لسد حاجة الجسم .

فالأجهزة الداخلية تعيد التوازن البيوكيميائي والفسيولوجي تلقائياً ، ولا نشعر باختلال التوازن إلا إذا تعطلت هذه الأجهزة ، أو عجزت عن القيام بوظيفتها ، فمثلاً عندما تزداد نسبة السكر في الدم ، ويعجز البنكرياس عن إفراز الأنسولين اللازم لحرقها ، يختل توازننا البيولوجي ، ونشعر بالتوتر والصداع

---

(١) تعمل الأجهزة الداخلية في الجسم كما يعمل الترموستات في الفرن أو السخان الكهربائي ، حيث يطلق الحرارة إذا انخفضت درجة الحرارة في الفرن أو السخان عن حد معين ويحسبها إذا وصلت إلى هذا الحد .

علام ( رجاء محمود ) علم النفس التربوي ( ط ٢ ) . الكويت : دار القلم ، ١٩٨٢ ، ص ١٦٥ .  
(٢) من الاستجابات الفطرية لإشباع حاجاتها المضيئة: التفس والبلع ، والإخراج والعرق ، وإفرازات الغدد ، وتجديد خلايا الجسم ، ومهاجمة كرات الدم للأجسام الغريبة في الدم ، والتمثيل الغذائي ، وتجنب الألم ، والحرارة والبرودة وغيرها .

والزغلة في العينين ، وتعرف هذه الحالة طبيا بمرض السكر ، وتعالج بإعطاء الأنسولين ، أو بتنشيط البنكرياس لإفراز الأنسولين الذي يحرق السكر الزائد ، فيعود التوازن وتزول أعراض مرض السكر .

ولا تشبع جميع حاجتنا العضوية باستجابات فطرية لا إرادية ، فبعضها نشبعها باستجابات إرادية متعلمة ( سلوك مكتسب ) . من هذه الحاجات : الحاجة إلى الطعام ، الحاجة إلى الماء ، والحاجة إلى النشاط والراحة ، والحاجة إلى إخراج الفضلات ، والحاجة الجنسية ، والأمومة . حيث يُعلم كل مجتمع أبناءه كيف وأين يشبعون هذه الحاجات ؟ .

ونتناول فيما يلي بعض الحاجات العضوية الإرادية بشيء من التفصيل ، ونبين علاقتها بالصحة النفسية .

## ١ - الحاجة إلى الطعام :

الحاجة إلى الطعام حاجة فطرية عند جميع الناس في كل زمان ومكان ، تنشأ عن نقص المواد الغذائية في الدم ، وتقلص جدران المعدة<sup>(١)</sup> فيختل التوازن الداخلي ، ويشعر الإنسان بدافع الجوع ، وينشط في البحث عن الطعام حتى يتناوله ويشبع .

والبحث عن الطعام وتناوله استجابات متعلمة ، تختلف من مجتمع إلى آخر ، بحسب القيم والعادات والتقاليد السائدة في كل منها . فكل مجتمع يُعلم أبنائه الأطعمة التي يأكلونها ، ويبين لهم كيف يتناولونها ؟ وأين ومتى يأكلونها ؟ ، ويُدربهم على الآداب التي يلتزمون بها في طلب وتناول الطعام . فالمجتمعات الإسلامية تعلم أبنائها أن يأكلوا اللحوم الحلال التي ذكر اسم الله عليها ، ولا يأكلون لحوم الميتة والدم ولحم الخنزير<sup>(٢)</sup> ، والمجتمعات الصينية تعلم

(١) لا يرتبط الشعور بالجوع بقلصات المعدة بقدر ما يرتبط بنقص المواد الغذائية في الدم . فقد وجد تسانج Tusang أن الفئران التي استؤصلت معدتها ، تشهر بالجوع مثل الفئران التي لم تستأصل معدتها . فقد استمرت الفئران في البحث عن الطعام بعد استئصال المعدة .  
الزبادي ( محمود ) أسس علم النفس العام . القاهرة : مكتبة الأنجلو ، ١٩٨٠ ص ١٧٣ .

(٢) قال تعالى : ﴿ إِنَّمَا حَرَّمَ عَلَيْكُمُ الْمَيْتَةَ وَالدَّمَ وَلَحْمَ الْخَنَازِيرِ ، وَمَا أُمِّلَ بِهِ لِقَابُ اللَّهِ ، فَمَنْ اضْطُرَّ غَيْرَ بَاغٍ وَلَا هَادٍ فَلَا أَلَمَ عَلَيْهِ ﴾ الآية ( ١٧٣ ) سورة البقرة .

أنهاءها تناول الطعام بالعصا ، بينما تعلم المجتمعات الأوربية تناوله بالمعلقة والشوكة والسكين .

ولإشباع الحاجة إلى الطعام وكيفية إشباعها ضروريان للإنسان في جميع مراحل حياته ، ولهما تأثير كبير على صحته الجسمية والنفسية . فالشخص الذى يستطيع إشباع هذه الحاجة بالقلتر الكافى - كما ونوعا - وبالأسلوب الذى يُرضيه . ويُرضى مجتمعه ، ينمو جسميا ونفسيا نمواً سوياً ، ويتمتع بصحة جسمية ونفسية جيدة .

أما الشخص الذى يعجز عن إشباع حاجته إلى الطعام ، فنوف يعانى من أمراض سوء التغذية والبلاجرا ، ويتأزم نفسياً ، وينخفض طموحه ، ويضطرب تفكيره وسلوكه .

ومن الدراسات الطريفة عن تأثير الحرمان من الطعام على الصحة النفسية دراسة كيز وزملائه بجامعة هارفارد الأمريكية على ٣٩ طالباً ، أكلوا طعاماً عادياً ( يحتوى على ٣٥٠٠ سعرا حرارياً ) لمدة ١٢ أسبوعاً ، ثم تناولوا طعاماً شبيهاً بما يتناوله سكان ألبلاند الفقيرة ( يحتوى على ١٥٧٠ سعرا حرارياً ، يتكون من الخبز والمكرونه والكرنب ) لمدة ٢٤ أسبوعاً ، ثم عادوا إلى الطعام العادى لمدة ١٢ أسبوعاً أخرى . فوجد الباحثون أن وزن المفحوصين انخفض تحت ظروف سوء التغذية حوالى ٢٥ ٪ ، وضعت قوة الجسم حوالى ٣٠ ٪ ، ونقصت عمليات الأيض حوالى ٤٠ ٪ ، كما ظهر على المفحوصين علامات سوء الصحة النفسية ؛ منها التبلد واللامبالاة والاكتئاب ، والانطواء وسرعة الإثارة ، والغضب والاندفاعية ، وتشتت الانتباه ، والإهمال الشديد للمظهر ، وقلة الثقة بالنفس ، وعدم الرغبة فى التعاون ، وعدم الاهتمام بالنظافة والآداب العامة ( الزيدى ١٩٨٠ ص ١٧٤ - ١٧٥ ) .

ولأهمية إشباع الحاجة إلى الطعام للصحة الجسمية والنفسية جعل الله سبحانه وتعالى إطعام الجائعين جيراً للتقصر فى الصيام فقال : ﴿ وعلى الذين يُطِيقُونَهُ فِدْيَةٌ طَعَامُ مِسْكِينٍ ﴾ <sup>(١)</sup> . وجعله شعيرة من شعائر الحج فقال عن

(١) سورة البقرة ، آية ( ١٨٤ ) .

الهدى : ﴿ وَالْبَلَدَ جَعَلْنَاهَا لَكُمْ مِنْ شَعَائِرِ اللَّهِ ، لَكُمْ فِيهَا حَيْرٌ ، فَاذْكُرُوا اسْمَ اللَّهِ عَلَيْهَا صَوَافٍ ، فَإِذَا وَجِيتُ جُنُوبَهَا فَكُلُوا مِنْهَا ، وَأَطِيعُوا الْقَائِمَ وَالْمُعْتَصِرَ <sup>(١)</sup> 〉 . كما جمعه صفة من صفات الأبرار فقال : ﴿ وَيُطِيعُونَ الطَّعَامَ عَلَى حَيْهِ مَسْكِينًا وَيَتِيمًا وَأَسِيرًا <sup>(٢)</sup> 〉 .

وتؤثر الطريقة التي يتبعها الأمهات في تغذية أطفالهن على صحتهم النفسية ، فالأم التي تشعر طفلها بعطفها وحنانها ، وتحمله وتناغيه أثناء إرضاعه ، تشعره بالأمن ، فتزداد شهيته للطعام ، وتزداد حيويته ونشاطه ، ويقبل على الناس ، ويثق فيهم . وكلها من علامات الصحة النفسية .

أما الأم التي تجرد بلبنها ، وتبخل بعطفها وحنانها ، تحرم طفلها من عوامل الثماء النفسى والجسمى ، فيظهر عليه التأخر والبلادة ، والشحوب والأكتئاب والانطواء والخوف ، وكلها من علامات انعدام الصحة النفسية .

ويتضح تأثير كيفية التغذية وليس الجوع فقط على الصحة النفسية والجسمية من عرض حالة الطفلة ( س ) التي تنازلت عنها أمها وعمرها شهر واحد إلى إحدى المستشفيات الأمريكية ، وتولت رعايتها ممرضات المستشفى بالتناوب ، فلاحظن بعد فترة قصيرة أن نشاطها في تناقص ، وجسمها في ذبول ، ولونها في شحوب ، ونظراتها في شرود . وفحصت الطفلة طبيبا عدة مرات ، ولم يجد الأطباء سببا عضويا لعلتها ، فعرضوها على الأخصائى النفسى ، الذى أوصى إحدى الأمهات بأن تكون أما للطفلة ، تحتضنها وتداعبها قبل الرضاعة ، وتحملها وتضمها إلى صدرها أثناء الرضاعة ، وتناغيها وتداعبها بعد الرضاعة . وبعد أسابيع قليلة من رعاية الأم البديلة عادت إلى الطفلة حيويتها تدريجيا ، وتحسنت حركاتها واستجاباتها للآخرين ( Bakwin and Bakwin, 1966 ) .

وتبين من دراسات أخرى أن الأم التي ترضع طفلها كلما بكى تعلمه إشباع حاجته إلى الطعام وإشباع حاجات أخرى بالبكاء والصراخ ، وقد يصبح ديككتورا ، يسيطر على أمه ببيكائه وصراخه . أما الأم التي تلتزم بمواعيد محددة

(١) سورة الحج ، آية ( ٣٦ ) .

(٢) سورة الانسان ، آية ( ٨ ) .

لإرضاع طفلها ، ولا تستجيب له مهما بكى أو صرخ ، فقد يكبر الصغير وعنده اعتقاد بأنه لا يملك التأثير فيمن حوله ، ويصبح شخصا إنسحابيا ، لا يشعر بالأمن والطمأنينة ، ويتوقع الأذى . والحرمـان ( مغاريوس ١٩٧٤ ص ٢٤ - ٢٥ ) .

والقطام من العمليات المرتبطة بإشباع الحاجة إلى الطعام ، وله تأثير كبير على الصحة النفسية . فقطام الطفل في سن مبكرة جدا والقطام الفجائي باستعمال الصّبار ، أو المواد الحريفة تؤثران تأثيرا سلبا على النمو النفسي والنضوج الانفعالي ، وترتبطان بمشاكل نفسية كثيرة في الطفولة . وفي مراحل الحياة التالية .

وينصح علماء الصحة النفسية وأطباء الأطفال بإرضاع الطفل من ثدى أمه ، وإن تعلم فمن الحليب الصناعي والطفل في حضن أمه ، ينعم بعطفها وحنانها ، ويسعد بدقات قلبها . فإذا شب قليلا في حوالى الشهر الرابع ، تُعطيه الغذاء الإضافي تدريجيا حتى يألفه ويتعود عليه . ويتخلى عن الرضاعة في حوالى سن الستين ، فلا يشعر بقسوة القطام وآلامه .

كما ينصح علماء النفس الأمهات بعدم المبالغة في إشباع « الحاجة إلى الطعام » عند أطفالهن ، لأن تغذية الطفل قبل أن يشعر بالجوع ، والحرص الزائد على تغذيته بكميات كبيرة ، يحرمه من لذة الإشباع ، ويضعفان شهيته ، أو يجعلانه شرها بدنيا ، ويؤديان إلى اعتلال صحته وسوء توافقه .

ومن وجهة نظرنا في الصحة النفسية يجب أن يُخضع الإنسان إشباع حاجته إلى الطعام لارادته ، فيسيطر على دافع الجوع ، ويأكل بحكمة وتعقل ، لأن أمراض الشراهة والنهم لا تقل خطورة عن أمراض الحرمان ، وتُصيب الأغنياء الذين تعودوا على ملء بطونهم بكل ما لذ وطاب من الطعام دون قيد أو شرط . ولعلنا نذكر في نصيحة الأطباء بعدم الإكثار من الطعام للحماية من السمنة وأمراضها - الحكمة في نهى الله عن الاسراف في الطعام والشراب إذ قال سبحانه : ﴿ كُلُوا وَاشْرَبُوا وَلَا تُسْرِفُوا ﴾ (١) .

---

(١) سورة الاحراف ، آية (٣) .



وَيَسِّرُ الرِّسُولُ عَلَيْهِ الصَّلَاةُ وَالسَّلَامُ قَبْلَ الْأَطْيَاءِ فِي الْعَصْرِ الْحَدِيثِ - أَنْ التَّخْمَةُ سَبَبُ كُلِّ مَرَضٍ فَقَالَ : « أَصْلُ كُلِّ دَاءٍ الرُّدَّةُ » (أى التَّخْمَةُ) (١) . كما اعتبر عليه السلام ملء البطن شر يؤدي صاحبه ، فقال : « ما ملأ ابن آدم وعاء شراً من بطنه ، بحسب ابن آدم أكالات يقمن صلبه ، فإن كان لا محالة فاعلا ، فثلث لطعامه ، وثلث لشرابه ، وثلث لنفسه » (٢) .

وقال عمر بن الخطاب رضى الله عنه محمداً من كثرة تناول الطعام : « إياكم والبطنة فإنها مفسلة للجسم ، موروثة للسقم ، مكسلة عن العمل . وعليكم بالقصد فيه ، فإنه أصلح للجسم ، وأبعد عن الصرف » (٣) .

وقد أجاد الذهى التعبير عن علاقة إشباع الحاجة إلى الطعام بالصحة الجسمية والنفسية فى كتابه الطب النبوى عندما قال : « إعلم أن أخذ الغناء فى وقت الحاجة سبب لنوام الصحة ، وأخذها من غير حاجة يؤدى إلى البلادة ويسبب المرض » (٤) .

ويجب أيضاً - من وجهة نظر الصحة النفسية - أن يلدب الإنسان نفسه على امتلاك ناصية « دافع الجوع » بالصوم عن الطعام بإرادته ، حتى تقوى عزيمته ، وتصفى نفسه ، ويحس بالآلام غيره . وهذا يعنى أن الصوم الذى فرضه الله علينا وعلى الذين من قبلنا - تعبداً وطاعة - فيه سلامة للنفس والبدن والمجتمع ، حيث يهلب دافع الجوع ، ويرى الجهاز الهضمى ، ويجعل الناس متعاطفين ، عندما يشعر الغنى بالآلام الجوع التى يعانى منها الفقراء ، فيعطهم ما يسد جوعهم .

وقد أجمل الرسول عليه الصلاة والسلام فوائد الصوم النفسية والجسمية والاجتماعية فى قوله : « صوموا تصحوا » وقوله : « الصوم جنة » أى وقاية من النار والمعاصى وحماية من الأمراض والمفاسد .

---

(١) اللهى ( محمد ) الطب النبوى يهاش كتاب تسهيل النافع لى الطب والحكمة لابراهيم الأزرقي الطبعة الثانية : منشورات مكتبة الخلفين ، ١٣٩٩ ، ص ( ٩ ) .

(٢) المرجع السابق ص ( ٩ ) .

(٣) المرجع السابق ص ( ٩ ) .

(٤) المرجع السابق ص ( ١١ ) .

ووضع الإسلام أداها يلتزم بها المسلمون في مأكلهم ومشربهم حتى يتحقق لهم من اشباع حاجتهم إلى الطعام والشراب السلامة في الجسم والصحة في النفس . من هذه الآداب :

أن يستطب طعامه وشرابه بأن يعدهما من حلال ، وينوى بأكله وشربه التقوية على عبادة الله وأن يفضل يديه قبل الأكل وبعده ، ويجلس للطعام متواضعا ، ويرضى بالموجود منه ، ويأكل مع غيره . قال رسول الله ﷺ :  
« اجتمعوا على طعامكم بيارك الله لكم »<sup>(١)</sup> .

وعليه أن يبدأ ببسم الله ويأكل يمينه . قال رسول الله ﷺ : « يا بني سم الله . وكل يمينك وكل مما يليك »<sup>(٢)</sup> . وقال : « إذا أكل أحدكم فليذكر الله تعالى في أوله . فإن نسي أن يذكر الله تعالى في أوله فليقل : بسم الله ، أوله وآخره »<sup>(٣)</sup> .

وعليه أن يتعم طعامه بالحمد لله قال عليه الصلاة والسلام : « من أكل طعاما وقال الحمد لله الذي أطعمني هذا ، ووزقني من غير حول مني ولا قوة ، غفر له ما تقدم من ذنبه »<sup>(٤)</sup> .

## ٢ - الحاجة إلى الجنس :

اكتشف مجموعة من الأطباء الأمريكيين أن البلوغ عند الإنسان يحدث بعد أن تفرز الغدة النخامية هرمونين أساسيين : هرمون النمو يحدد حجم الجسم ، ويؤدي إلى الإسراع في معدل نمو الأنسجة والأعضاء ، وهرمون الجنس ينشط الغدد الجنسية ، ويؤدي إلى البلوغ الجنسي ، الذي تظهر علاماته في حوالى سن من ١٠ إلى ١٦ سنة عند البنات ، ومن ١٢ إلى ١٧ سنة عند الأولاد .

وبعد البلوغ تفرز الخصيتان عند الولد الحيوانات المنوية ، وتفرز ثلاث هرمونات إلى الداخل أهمها هرمون التستسترون Testosterone ، الذي يساعد

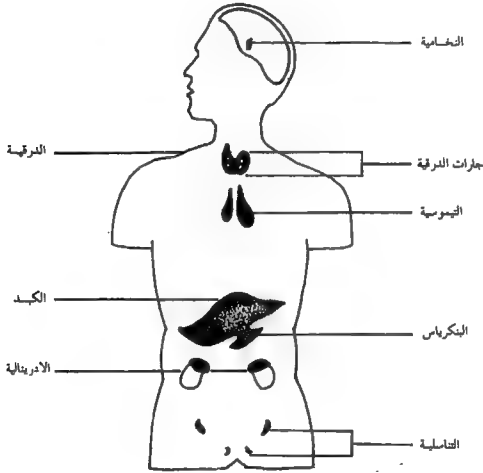
(١) رواه الترمذى .

(٢) رواه الترمذى .

(٣) متفق عليه .

(٤) رواه البخارى .

على غم الخصاص الجنسية الذكورية ، ويؤدى إلى الإثارة الجنسية ، وتنبه الأعضاء التناسلية . أما المبيض عند البنت فيفرز البويضات إلى الخارج في منتصف الفترة بين الدورتين الشهريتين تقريبا ، ويفرز هرمونين إلى الداخل : هرمون الأستروجين الذى يساعد على ظهور الخصائص الجنسية الأنثوية ، ويؤدى إلى الإثارة الجنسية ، وتنبه الأعضاء التناسلية ، وهرمون البرجسترون من الهرمونات الضرورية للحمل ( الزيدى ١٩٨٠ ) . والشكل رقم ( ٢ - ٣ ) يبين الغدد التناسلية في أسفل البطن .



شكل ( ٢ - ٣ ) يبين الغدد الصماء

وتنشأ الحاجة الجنسية بعد البلوغ مباشرة من افراز الغدد الجنسية للهرمونات التي تبه الأعضاء التناسلية ، وتُحدث الإثارة الجنسية ، فيظهر الدافع الجنسي ، الذي يلح في طلب الإشباع ، لتفريغ الطاقة ، وتخفيض التوتر والإثارة .

وبالرغم من أن الحاجة الجنسية فطرية عند الإنسان فإن إشباعها يتم بسلوك متعلم<sup>(١)</sup> يختلف من مجتمع إلى آخرون ومن زمان إلى زمان ، فكل مجتمع يعلم أبناءه متى وأين وكيف يشبعون حاجاتهم الجنسية ، ويحرص الآباء والمربون - من خلال عملية التنشئة - على إكساب أبنائهم السلوك المقبول لإشباع هذه الحاجة ، حتى يعيشوا في سلام وولم مع أنفسهم ومع المجتمع .

والسلوك الجنسي المقبول - من وجهة نظر الصحة النفسية - يؤدي إلى :

- ١ - الشعور بالمتعة الجنسية .
- ٢ - الشعور بالأمن والطمأنينة بين الذكر والأنثى .
- ٣ - إشباع عاطفة الأمومة والأبوة بانجاب الأطفال .

وتتحقق هذه الأهداف عندما تُشبع الحاجة النفسية عن طريق الزواج الذي شرعه الله ، فيه تتحقق المتعة الجنسية ، وتتكون الأسرة التي يشعر فيها كل من الزوجين بالأمن والطمأنينة ، وينجبان الأطفال ، ويستمتعان بتربيتهم .

وقد حرص الإسلام على تحقيق الأهداف الثلاثة في إشباع الحاجة الجنسية فحرم الزنا ، وأمر المسلمين بالزواج ، وجعله أمناً وطمأنينة ومودة ورحمة بين الزوجين . قال تعالى : ﴿ وَمِنْ آيَاتِهِ أَنْ خَلَقَ لَكُمْ مِنْ أَنْفُسِكُمْ أَزْوَاجًا لِتَسْكُنُوا إِلَيْهَا ، وَجَعَلَ بَيْنَكُمْ مَوَدَّةً وَرَحْمَةً ، إِنَّ فِي ذَلِكَ لَآيَاتٍ لِقَوْمٍ يَتَفَكَّرُونَ ﴾<sup>(٢)</sup> . ويؤمن رسول الله ﷺ أهمية الزواج للرجل فقال : « خير متاع الدنيا المرأة الصالحة »<sup>(٣)</sup> . كما بين عليه الصلاة والسلام أن الله تعالى يبش على إشباع هذه

(١) الحاجة الجنسية فطرية عند الحيوانات أيضاً لكنها تشبع باستجابات فطرية ، وتحقق المتعة الجنسية . وتحافظ على النوع بتلقيح الذكر لأنثى من نوعه . كما يختلف طلب الحيوانات لإشباع الجنس ، بعضها يطلبه في دورات منتظمة ، وبعضها يطلبه في فصل الربيع أو الخريف فقط ، وإذا حملت الأنثى بطفلات شهوتها الجنسية حتى تضع حملها ، وتأتي دورة أو فصل أعصابها .

(٢) سورة الروم : الآية ٢١ .

(٣) رواه البخاري ومسلم .

الحاجة بالزواج فقال : « ولك في جماع زوجك أجر . قالوا يا رسول الله أياق أحدنا شهوته ، ويكون له فيها أجر . قال : رأيتم لو وضعها في حرام أكان عليه فيها وزر . فكذلك إذا وضعها في حلال ، كان له أجر »<sup>(١)</sup> .

وحدث ديننا الحنيف على إشباع الحاجة الجنسية من أجل الإنجاب . فقال تعالى : ﴿ وَاللَّهُ جَعَلَ لَكُمْ مِنْ أَنْفُسِكُمْ أَزْوَاجًا ، وَجَعَلَ لَكُمْ مِنْ أَزْوَاجِكُمْ بَيْنَ وَحْشَةً ، وَرَزَقَكُمْ مِنَ الطَّيِّبَاتِ ﴾<sup>(٢)</sup> . وقال الرسول عليه السلام : « تزوجوا الودود الولود ، فإني مكالر بكم الأنبياء يوم القيامة »<sup>(٣)</sup> .

وتتأثر استجابة الإنسان للدافع الجنسي بحسب حالته الصحية العامة ، وظروف تنشئته وثقافته مجتمعه . ففى المراهقة يزداد الحاج الدافع الجنسي ، حيث الشباب والنشاط والحياة التى تنشط الغدد الجنسية ، تفرز هرمونات الجنس . لذا كان الزواج المبكر خير وسيلة للعفة والطمهارة والصحة النفسية والجسمية . قال رسول الله عليه الصلاة والسلام : « يا معشر الشباب من استطع منكم الباءة فليتزوج ، فإنه أغض للبصر ، وأحصن للفرج ، ومن لم يستطع فعليه بالصوم ، فإنه له وجاء »<sup>(٤)</sup> .

وقد يؤدى عدم شعور المراهق بالأمن والطمأنينة فى علاقاته الأسرية والاجتماعية ، وفشله فى المدرسة إلى ممارسة العادة السرية **Masterbation** بكثرة ، القامسا للمتعة والسعادة ، اللتين يفقداهما بعد الممارسة مباشرة ، فيشعر بالإثم والخطيئة ، ويسيطر عليه التطير والخوف من الجنون والمرض والعجز الجنسي . ( Bakwin & Bakwin 1966 ) . وقد تؤدى هذه المشاعر إلى الاضطراب النفسى ، أو الانصراف عن الزواج فى الرشد .

وتأيد تأثير معاملة الوالدين على الاشباع الجنسي فى دراسة جونسون وروين حيث تبين أن من أسباب الانحرافات الجنسية قسوة الوالدين ، وانحرافاتهما الجنسية أو غياب الوازع الدينى عندهما ، ومحاولتهما إثارة أطفالهما جنسيا

(٢) سورة الفحل : الآية ٧٢ .

(٤) روله ابن مسعود .

(١) روله مسلم .

(٣) روله مسلم .

- بقصد أو دون قصد - بسلوكهما الجنسي الفاضح أمام أبنائهما ، أو التحسس على مواطن الإثارة الجنسية عند الأبناء ، أو عدم مبالاة الأم بوجود أبنائها البالغين ، فتخلع ملابسها وتعرض أمامهم ، أو تسمح لهم بالدخول عليها في الحمام ، أو تنام في أحضانهم أو تسمح للأخ البالغ بالنوم مع أخته في فراش واحد ( Johnson & Robinson 1951 ) .

وقد أشار الإسلام إلى ضرورة الحيلة والحذر من تعرض الأبناء ( حتى قبل بلوغ الحلم ) لمثل هذه الإغراءات ، فأمر باستئذان الأبناء عند الدخول على الآباء - وغيرهم من الراشدين - في أوقات النوم ، وبالتفريق بينهم في المضاجع . قال تعالى : ﴿ وَإِذَا بَلَغَ الْأَطْفَالُ مِنْكُمُ الْحُلُمَ فَلْيَسْتَأْذِنُوا كَمَا اسْتَأْذَنَ الَّذِينَ مِنْ قَبْلِهِمْ ﴾ (١) . وقال : ﴿ يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَيْسَ عَلَيْكُمُ الدِّينُ أَنْ تَبَازِغُوا وَالَّذِينَ لَمْ يَلْبِسُوا الْحُلُمَ مِنْكُمْ ثَلَاثَ مَرَّاتٍ ، مِنْ قَبْلِ صَلَاةِ الْفَجْرِ ، وَحِينَ تَضَعُونَ ثِيَابَكُمْ مِنَ الظَّهْرِ ، وَمِنْ بَعْدِ صَلَاةِ الْعِشَاءِ ثَلَاثُ عَوْرَاتٍ لَكُمْ لَيْسَ عَلَيْكُمْ وَلَا عَلَيْهِمْ جُنَاحٌ بَعْدَھُنَّ ، طَوَّافُونَ عَلَيْكُمْ بَعْضُكُمْ عَلَى بَعْضٍ ، كَذَلِكَ يُبَيِّنُ اللَّهُ لَكُمُ الْآيَاتِ ، وَاللَّهُ عَلِيمٌ حَكِيمٌ ﴾ (٢) .

وقال رسول الله عليه السلام : « مروا أولادكم بالصلاة لسبع ، واضربوهم عليها لعشر ، وفرقوا بينهم في المضاجع » (٣) .

وقد تتشدد بعض المجتمعات في مطالب الزواج ، فتبالغ في المهور وتكاليف الفرح ، مما يصرف الشباب عن الزواج المشروع ، إلى الإشباع الجنسي غير المشروع ، بالزنا واللواط والسحاق ، والاعتداء على الأطفال والحيوانات ، وغير ذلك من الانحرافات ، التي تدل على انعدام الصحة النفسية .

وقد تتساهل مجتمعات أخرى في إشباع هذه الحاجة بدون زواج ، وتشجع أبناءها على ممارسة الجنس في أى وقت وأى مكان - من أجل المتعة الجسدية فقط . مما جعلهم ينصرفون عن الزواج ، وتكوين الأسرة وتربية الأولاد . وفي ذلك تهديد لأمن الفرد وسلامة المجتمع . وقد أشارت الدراسات إلى أن أبناء هذه

(١) سورة النور : آية ( ٥٨ ) .

(٢) سورة النور : آية ٥٨ و ٥٩ .

(٣) رواه البخارى .

المجتمعات تعساء بسلوكهم الجنسى ، وعزوفهم عن الزواج وتكوين الأسرة التى هى أساس البناء الاجتماعى ، ومصدر الصحة النفسية لأفرادها .

ومما يدل على تعاسة هذه المجتمعات انتشار الجنسية المثلية ، والاعتداء على المحارم وعلى الأطفال والحيوانات ، وارتفاع معدلات الانتحار والإجرام والاضطرابات النفسية . حيث لم تحقق لهم الإباحية ، والمبالغة فى إشباع الحاجة الجنسية الصحة النفسية التى كانوا ينشغلونها ( سوين ، ١٩٧٩ ) .

ونأخذ مثالا على ما تصنعه الإباحية من مشكلات اجتماعية ونفسية مما يعانيه المجتمع الأمريكى من زيادة فى الإعجاب بدون زواج خاصة عند تلميذات المدارس الثانوية . فقد أشارت الإحصائيات فى السبعينات إلى أن ١٠ ٪ من تلميذات الثانوى يحملن بدون زواج كل سنة ، وينتج عن هذا الحمل حوالى ٦٠٠ ألف طفل فى السنة الواحدة . ومن النتائج المؤلمة فى هذه الاحصائيات أن حوالى ١٢ ألف طفل من هؤلاء الأطفال أمهاتهم أقل من ١٥ سنة ( Mckenry etal, 1979 ) .

### ٣ - الحاجة إلى النشاط والراحة :

الحاجة إلى النشاط والراحة need for activity and rest من الحاجات الأساسية ، التى يحتاج الإنسان لإشباعها فى جميع مراحل حياته ، وتأثر صحته النفسية والجسمية بمقدار وكيفية إشباعها . فعندما يعمل الشخص وببذل جهده فى نشاطاته المختلفة تحدث تغيرات نرولوجية وبيوكيميائية فى أنسجة جسمه وعضلاته ، فيشعر بالحاجة إلى الراحة ، فإذا حصل عليها عاد إليه اتزانه الداخلى ، واسترد طاقاته ، وتجددت حيويته ، وشعر بالحاجة إلى النشاط .

لهذا قسم الله تعالى اليوم إلى قسمين النهار لبذل الجهد وطلب الرزق ، والسمى فى الأرض ، والليل للنوم والراحة واستعادة النشاط . قال تعالى : ﴿ وجعلنا نومكم سباتا ، وجعلنا الليل لباسا ، وجعلنا النهار معاشا ﴾ (١) .

ويعتبر النوم استجابة فطرية لإشباع الحاجة إلى الراحة ، لا يستطيع الإنسان ولا الحيوانات الراقية الإستغناء عنها . فقد وجد أن الكلاب تموت إذا

(١) سورة البأ : الآيت ( ٩ - ١١ ) .

منعت من النوم عدة أيام ، وتدهور قدرات الإنسان الذهنية - خاصة التذكر وتركيز الانتباه والتفكير - ويختل تآزره الحركى والعقل إذا منع من النوم لمدة ٥٠ ساعة . فمن دراسات ويست وزملائه على أثر الحرمان الزمن من النوم Chronic sleep deprivation عند الجنود الأمريكين في الحرب الكورية ظهر على الجنود الذين حرما من النوم لمدة طويلة اضطرابات عقلية ، كان من الصعب علاجها حتى بعد عودتهم إلى النوم الطبيعي . كما وجد في دراسات أخرى أن الحرمان من النوم يؤدي إلى اضطرابات انفعالية حادة ، ونقص في الإدراك الحسى واضطراب في موجات ألفا الصادرة من رسم المخ الكهربائى EEG ، وضعف الإثارة واليقظ ( الزيدى ، ١٩٨٠ ) .

وتختلف الحاجة إلى النوم من شخص إلى آخر بحسب السن والحالة الصحية والمزاجية ، فالأطفال الصغار يحتاجون إلى النوم مدة أطول من الراشدين ، والمرضى يحتاجون إلى النوم مدة أطول من الأصحاء . وتبين من بعض الدراسات أن الإنسان ينام يوميا من ١٨ - ٢٠ ساعة في مرحلة الرضاعة ، ومن ١٠ - ١٤ ساعة في مرحلة ما قبل المدرسة ، ومن ١٠ - ١٢ ساعة في الابتدائى ، ومن ٩ - ١١ ساعة في المتوسط أو الإعدادى ، ومن ٧ - ١٠ ساعات في الثانوى ، ومن ٦ ساعات إلى ٩ ساعات في مراحل الحياة التالية (Bakwin & Bakwin, 1966) ومع أن النوم إستجابة فطرية لإشباع الحاجة إلى الراحة ، فإن الإنسان يتعلم كيف ينام ؟ ومتى ينام ؟ . فقد يتعود أن ينام على فراش أو على الحصير ، أو ينام في القيلولة ، أو ينام مبكرا ويستيقظ مبكرا ... وهكذا يكتسب عادات نومه من خلال عملية التنشئة الاجتماعية في الأسرة .

وتؤثر معاملة الآباء لأبنائهم في مواقف النوم على صحتهم النفسية ، فالآباء الذين لا يحرصون على إعطاء أبنائهم قسطا كافيا من النوم يجعلون أطفالهم قليلي النوم ، متقلبي المزاج ، سريعى الانفعال ، كثيرى الشرود ، ضعيفى التحصيل ، لعدم قدرتهم على الانتباه في الفصل . أما الآباء الذين يحذرون ويعاقبون أطفالهم عند النوم ، أو يستخدمون النوم وسيلة عقابية ، أو يضعون لهم مواعيد صارمة للنوم ، ويرغمونهم على الالتزام بها ، يُسببون لصغارهم الأرق ، والنوم المتقطع ، والكابوس والأحلام المزعجة ، التى تجعلهم لا يستمتعون بالنوم الهادى .



أما الآباء الذين يحسنون التعامل مع أطفالهم في مواقف النوم ، فيتفقدون معهم على مواعيد ذهابهم إلى الفراش ، ويهيئونهم للنوم ، ويَقْصُونَ عليهم القصص والحكايات المسلية ، يساعدونهم على النوم العميق ، فيستيقظون - أى الأطفال - نشيطين ، ويذهبون إلى مدارسهم فرحين ، ويقبلون على الدراسة بحوية ومزاج معتدل .

وكما يؤثر النوم وكيفيته على الصحة النفسية ، فإن الصحة النفسية تؤثر هي الأخرى على النوم أيضا . فالشخص المتمتع بصحة نفسية ينام نوما عميقا ، ويأخذ قسطا كافيا من الراحة ، ويستيقظ نشطا منشرح الصدر ، قادرا على العمل والانتاج ، أما الشخص المضطرب نفسيا أو المتوتر أو القلق أو الخائف أو الغاضب أو مشغول الذهن ، يصاب بالأرق ، ويذهب عنه النوم ، أو ينام نوما متقطعاً أو نوما خفيفا ، ولا يحصل على الراحة الكافية ، فيستيقظ خاملا كسولا مكتئبا ، غير قادر على النشاط وبذل الجهد ، وبالتالي يضعف إنتاجه ، وتسوء صحته الجسمية والنفسية .

ومن آداب النوم في الإسلام أن ينام المسلم مبكرا فلا يؤخر نومه بعد صلاة العشاء إلا لضرورة ، كملأكرة علم أو محادثة ضيف أو مؤانسة الأهل ، وأن يجتهد في أن ينام على وضوء . قال رسول الله عليه الصلاة والسلام : « إذا أتيت مضجعا فتوضأ وضوءك للصلاة ثم اضطجع على شقك الأيمن »<sup>(١)</sup> وعلى المسلم أن يجعل آخر ما يقوله دعاء رسول الله : « بسمك اللهم وضعت جنبي ، وباسمك أرفعه ، اللهم إن أمسكت نفسي فاغفر لها وإن أرسلتها فاحفظها بما تحفظ به الصالحين من عبادك »<sup>(٢)</sup> . ويقول إذا استيقظ أثناء نومه : « لا إله إلا الله وحده لا شريك له ، له الملك وله الحمد وهو على كل شيء قدير ، سبحان الله والحمد لله ولا إله إلا الله والله أكبر ولا حول ولا قوة إلا بالله »<sup>(٣)</sup> ويقول إذا أصبح : « الحمد لله الذى أحيانا بعد ما أماتنا وإليه النشور » .

(١) متفق عليه .

(٢) رواه البخارى .

(٣) رواه البخارى .

#### ٤ - الحاجة إلى الإخراج :

الحاجة إلى الإخراج need for elimination من الحاجات العضوية التي يحتاج الإنسان إليها في جميع مراحل حياته ، وتنشأ من تراكم الفضلات في الأمعاء الغليظة ، وتجميع الماء في المثانة ، مما يؤدي إلى عدم اتزان وتوتر يدفعان إلى طلب إخراج هذه الفضلات والتخلص منها .

وبالرغم من أن التفرغ استجابة فطرية لهذه الحاجة ، فإن الإنسان يتعلم كيف ومتى وأين يستجيب لهذه الحاجة ؟ حيث تركز كل أسرة على تعليم أبنائها آداب هذه الاستجابة تدريجياً من خلال عملية التشعشع الاجتماعية . وينجح معظم الأطفال في اكتساب العادات الأساسية في السنوات الخمس الأولى من حياتهم ، حيث تنمو عضلاتهم القابضة على المستقيم والمثانة ، وتبدأ سيطرتهم على المستقيم في حوالي سن من ٢ - ٣ سنوات ، وعلى المثانة من سن ٣ - ٥ سنوات ( Wolman, 1965 ) .

وقد يتأخر بعض الأطفال في ضبط وظائف المستقيم والمثانة لأسباب جسمية ، ( منها ضعف العضلات القابضة والتهابات المثانة والمستقيم وغيرها ) ونفسية ( منها التخلف العقلي الشديد والقلق ، والخوف والعناد ) واجتماعية<sup>(١)</sup> ( منها الإهمال في تدريب الطفل ، والقسوة في تدريبه ) .

وتتأثر صحة الطفل النفسية بالأسلوب الذي تتبعه الأسرة في تدريبه على العادات الأساسية في الإخراج . فقد تبدأ بعض الأمهات بالتدريب في سن مبكرة وتضرب طفلها ، وتظهر غضبها واستياءها من سلوكه إذا أخرج في ملابسه أو على سريريه ، وتُحقره وتضربه ، وتهلده بالكي بالنار أو بالعقاريت ، مما يشعره بالخوف ، ويضعف ثقته بنفسه وبأمه ، ويلتزم التبد في معاملتها ، وينمو عنده القلق والمداوة والشعور بالنقص ، وكلها من عوامل إنعدام صحته النفسية ، التي قد تؤدي بنورها إلى تأخره في ضبط وظائف الإخراج . فقد تبين من الدراسات التي أجريت على الأطفال الذين تأخروا في ضبط وظائف المثانة أنهم غير سعداء في علاقاتهم بالديهيم ، وتنتشر بينهم علامات اضطرابات الشخصية

---

(١) أنظر مشكلة التبول اللا إرادي في الفصل الخامس .

واحتقار الذات ، والخوف من اللعب النشط ، وعدم الرغبة في بذل الجهد والبطء والتسكع في أداء الواجبات ، مما يجعل تحصيلهم الدراسي أقل من كفاءتهم الذهنية . ( Bakwin & Bakwin, 1966 ) .

وتؤثر عمليات الإخراج على الصحة النفسية وتؤثر بها عند المراهقين والراشدين وكبار السن . فبعض حالات الإمساك والإسهال المزمنة ترجع إلى انعدام الصحة النفسية ، وقد يؤدي الإمساك والإسهال المزمنان إلى انعدام الصحة النفسية بسبب ما ينتج عنها من توتر وقلق وصداخ ( Wolman, 1965 ) .

وقضاء الحاجة لها أداب في الإسلام يجب أن يلتزم بها كل مسلم ويجب أن يعلمها لأبنائه ، ويديرهم عليها ، حتى يكون في قضائها سلامة للجسم والنفس ، وتغذية للروح والتزاما بسنة رسول الله ﷺ . من هذه الآداب :

( أ ) أن يطلب الشخص مكاناً خالياً بعيداً عن الأنظار ، ولا يدخل معه ما فيه ذكر الله .

( ب ) أن يقدم رجله اليسرى عند الدخول إلى المرحاض . ويقول : « بسم الله اللهم إني أعوذ بك من الخبث والخبائث » .

( ج ) ولا يجلس لقضاء حاجته في ظل الناس أو طريقهم ، أو مياههم ، أو أشجارهم المثمرة . فقد قال رسول الله عليه السلام : « اتقوا الملاعن الثلاثة : البراز في الموارد ، وقارعة الطريق والظل » (١) .

( د ) لا يتكلم أثناء قضاء حاجته لقوله ﷺ : « إذا نفط الرجلان فليتوار كل واحد منهما عن صاحبه ولا يتحدثا فإن الله يمقت ذلك » .

( هـ ) يغسل دبره وقبله جيداً بعد قضاء حاجته . فلاستنجاؤها واجب يسبق الوضوء .

( و ) أن يتم الاستنجااء باليد اليسرى ، ولا يستخدم يده اليمنى في ذلك . لقوله ﷺ : « لا يمس أحدكم ذكره يمينه وهو يبول ولا يتمسح من الخلاء يمينه » (٢) .

(١) رواه الحاكم .

(٢) متفق عليه .

(ز) عند الانتهاء من قضاء حاجته يقدم رجله اليمنى عند الخروج من المرحاض ويقول : « غفرالك » أو « الحمد لله الذى أحسن إلى فى أوله وآخره » أو « الحمد لله الذى أذاقنى لذته ( أى لذة الطعام ) وأبقى فى قوته ، وأذهب عني أذاه » (١).

### الحاجات غير العضوية

تقصد بالحاجات غير العضوية حاجات ليس لها أساس فسيولوجى أو بيولوجى معروف ، ونعتقد أنها مكتسبة بتعلمها الإنسان من البيئة التى يعيش فيها ( عبد الغفار ، ١٩٧٧ ) ، وتختلف فى طبيعتها وطريقة إشباعها من مجتمع إلى آخر : فكل مجتمع ينمى عند أبنائه مجموعة من هذه الحاجات ، يعتبرها ضرورة لغوهم النفسى ونضوجهم الاجتماعى ، وتوافقهم مع المجتمع .

وتختلف الحاجات غير العضوية عن الحاجات العضوية فى الآتى :

( أ ) من السهل الاستدلال على الحاجات العضوية وتصنيفها : لأن أجهزتها العضوية مختلفة ، أما الحاجات غير العضوية فيصعب الاستدلال عليها أو تصنيفها ، لعدم وجود تعبيرات متمايزة عن كل واحدة منها ، فقد تتعدد التعبيرات عن حاجة واحدة ، وقد تتشابه التعبيرات عن حاجات مختلفة .

(ب) لكل حاجة عضوية استجابة تشبعها ولا تشبع غيرها : فشرب الماء يشبع الحاجة إلى الماء ، وتناول الطعام يشبع الحاجة إلى الطعام .... وهكذا . أما الحاجات غير العضوية فأهدافها متشابهة ، مما يجعل إشباع إحداها أو عدم إشباعها يؤثر تأثيراً مباشراً على إشباع الحاجات الأخرى . فمثلاً إشباع حاجة الطفل إلى الحب ، يشعره بالأمن والتقبل والانتفاء والتقدير من الآخرين .

(ج) أهداف الحاجات العضوية محددة ولا تتغير : فالطعام يشبع الجوع فى كل مكان ، والماء يشبع العطش فى جميع الأعمار ... وهكذا ، أما الحاجات غير العضوية فأهدافها مرنة متغيرة ، فقد يشبع الطفل حاجته إلى الأمن بعطف

---

(١) رواه أبو داود والترمذى . لمزيد من المعلومات يرجع إلى أداب قضاء الحاجة فى الجزائرى ( أبو بكر ) .. محتاج المسلم . بيروت : دار البيان ، ١٩٧٩ ص ٢١٠ - ٢١١ .

والديه أو عطف مدرسيه ، وقد يشبعها المراهق بتقدير أصحابه ، وقد يشبعها الراشد بحب زوجته وهكذا .

( د ) الشعور بالإشباع في الحاجات العضوية واضح : ويؤدي إلى الزهد في الهدف ، وتوقف السلوك الوصيلي إليه ، فالشخص عندما يشبع جوعه يزهد في الطعام ، ويتوقف عن تناوله . أما في الحاجات غير العضوية فالشعور بالإشباع نسبي ، ويؤدي إلى زيادة الحاجة إلى مصدر الإشباع ، ويزيد من السلوك الوصيلي نحو الهدف : فالطفل الذي يشعر بحب والديه يزداد تمسكه بهما ولا يزهد فيهما . والشخص الذي ينجح في الإنجاز ، تقوى حاجته للإنجاز والتفوق ، ولا يكف عن العمل والتحصيل .

( هـ ) نحو الحاجات العضوية محدد بعوامل لسيولوجية وبيولوجية : أما الحاجات غير العضوية فيتأثر نموها بظروف التنشئة الاجتماعية ، فيزداد مستواها في البيئات التي تربيها وتشبعها عند أبنائها في الصغر ، وينخفض في البيئات التي تعيقها ولا تشبعها .

وقد أدى تداخل الحاجات غير العضوية في التعبير وتشابهها في الاستجابات التي تشبعها ، إلى اختلاف الباحثين حول تسميتها وتصنيفها ، وجعل أى تصنيف غير شامل لكل الحاجات ، ولا يعتبر تصنيفاً نهائياً لها . ونحاول أن نلبي بدلوها في تسمية وتصنيف بعض الحاجات غير العضوية الأساسية التي يعتبر إشباعها لِحمة الصحة النفسية وسدادها . ونقسم هذه الحاجات إلى نوعين ( Bernard , 1962 ) :

حاجات نفسية **Psychological needs** : وهي حاجات غير عضوية ذات صبغة نفسية ، هدفها حماية الذات ، وتنمية قدراتها ومهاراتها ، وإثبات كفاءتها وجدارتها واستقلاليتها ، ومن أهم هذه الحاجات :

- ١ - الحاجة إلى الشعور بالأمن The need to feel Security
- ٢ - الحاجة إلى حب الاستطلاع The need to satisfy curiosity
- ٣ - الحاجة إلى الإنجاز والتفوق The need for achievement
- ٤ - الحاجة إلى الاعتداد على النفس The need for independence

حاجات اجتماعية<sup>(١)</sup> **Social needs** : وهي حاجات غير عضوية ذات صبغة اجتماعية ، هدفها ربط الإنسان بغيره بالحب والتقدير والانتفاء والسند . ومن أهمها :

- ١ - الحاجة إلى أن يُحِبَّ ويُحَبَّ . The need to love and to be love
- ٢ - الحاجة إلى التقدير والاستحسان The need for recognition
- ٣ - الحاجة إلى الصحبة والانتفاء The need for companionship
- ٤ - الحاجة إلى الدين The need for religion

#### ١ - الحاجة إلى الأمن :

يشعر الإنسان بالأمن والطمأنينة إذا أُمِنَ الحصول على ما يشبع حاجاته العضوية وغير العضوية - التي يعتقد أنها ضرورية ، وذات قيمة بالنسبة له ، وروى في إمكانية الحصول عليها بالقدر الكافي وفي الوقت المناسب ، أما إذا شعر بأن إشباع هذه الحاجات غير آمن ، تألم وقلق ، وأصابه الهم ، والخوف من الحرمان . وفي ذلك قال رسول الله عليه الصلاة والسلام : « من أصبح منكم آمناً في سربه ، معافى في بدنه ، عنده قوت يومه ، فكأنما حيزت له الدنيا »<sup>(٢)</sup> .

وإشباع الحاجة إلى الأمن والطمأنينة ضروري لنمو النفس السوى ، والتمتع بالصحة النفسية في جميع مراحل الحياة . فقد تبين من دراسات كثيرة أن الأشخاص الآمنين متفائلون سعداء ، متوافقون مع مجتمعاتهم ، مبدعون في أعمالهم ، ناجحون في حياتهم ، بينما كان الأشخاص غير الآمنين قلقين متشاكسين ، معرضين للانحرافات النفسية والأمراض السيكوسوماتية . ( مرسى ، ١٩٧٨ ) .

وبالرغم من أن الشعور بالأمن مسألة نسبية تختلف من شخص إلى آخر : فما يحقق الأمن لشخص لا يحققه لشخص آخر - ومع هذا فإن لأمن الإنسان

---

(١) من الصعب الفصل بين الحاجات النفسية والحاجات الاجتماعية لتداخلها في التصور وفي كيفية الإشباع ، فالكثير من الحاجات النفسية ذات صبغة اجتماعية ، والكثير من الحاجات الاجتماعية ذات صبغة نفسية .

(٢) رواه الطبراني .

مصادر عامة تختلف عند الفرد الواحد بحسب مراحل نموه . ففي مرحلة الرضاعة يشعر الرضيع بالأمن إذا أشبعت حاجاته العضوية بالقدر المناسب وبالأسلوب الذى يحقق له الثقة فى الآخرين . فهو مخلوق ضعيف لا حول له ولا قوة ، فى حاجة إلى من يشبع حاجاته الجسمية ، ويحميه من المواقف المؤلمة المخيفة ، حتى يشعر بالأمن ، ويثق فى نفسه وفيمن حوله .

وتعتبر كل أم مصدر أمن طفلها ، فهي التى تشبع جوعه ، وتروى ظمأه ، وتبذل له ملابسه المبتلة ، وتحميه من الألم ، وتخفف عنه مشاعر الضيق ، وتبشّر له سبل الراحة ، وتداعبه وتبعث فيه الفرح والسرور ، مما يكسبها قيمة خاصة عنده ، ويجعل وجودها فى حد ذاته مبعث أمنه وراحته ، فيبكي لغيابها ويفرح لوجودها ، لأن غيابها يعنى غياب السند والحماية ، ويشعره بقلق الحرمان ، فى حين يعنى حضورها ووجودها معه الأمن والراحة .

وعليه فحرمان الطفل من أمه فى مرحلة الطفولة عامة ومرحلة الرضاعة خاصة يؤذيه نفسياً ، وقد يكون من عوامل انحرافه وانعدام صحته النفسية فى مراحل حياته التالية .

وقد وصل الرسول عليه الصلاة والسلام إلى هذه النتيجة ، فقصى بمحضنة الأم لطفلها فمما يروى أن امرأة نازعها زوجها فى طفلها ، فذهبت إلى الرسول . وقالت له : « يا رسول الله إن طفلي هذا كانت بطني له وعاء ، وصدري له سقاء ، وحجري له حواء ، ثم جاء أبوه ينزعني فيه . فقال الرسول : « أنبت أولى به من أبيه ما لم تنزجي » .

وعبر أبو بكر الصديق عن أهمية الأم فى إشباع حاجة الطفل إلى الأمن ، عندما قضى لأم جميل بمحضنة طفلها عاصم بن عمر بن الخطّاب . وقال لأم : « إن مسها له أفضل من الجنة عندك » .

ويتحقق أمن الإنسان وطمأنينته فى مرحلة الطفولة المبكرة والمتأخرة إذا عامله والده ومدرسه - وغيرهم من الراشدين المهمين فى حياته - بمودة ومحبة واحترام ، وساعدوه على إشباع حاجاته ، وشعر بتقبلهم له ، ورضاهم عنه .

ويشعر المراهق بالأمن إذا تمت عمليات البلوغ الفسيولوجية والبيولوجية بسلام ، وشعر بالتقبل من والديه ومدرسه وزملائه ، وفهم ذاته ، وأثبت كفاءة

في الدراسة أو العمل أو أى نشاط آخر ، وحصل على احتياجاته من والديه ،  
وشعر باحترامهما لاستقلاليتيه ، وتقديرهما لرأيه .

ويشعر الراشد بالأمن والطمأنينة عندما يحصل على العمل المناسب ،  
ويشعر بتقدير رؤسائه وزملائه ، ويتزوج الزوجة الصالحة ، وينجب الذرية  
النافعة ، ويجد المسكن المناسب ، والصحة الطيبة ، ويأمن على نفسه وعرضه  
وماله ، ويشعر باحترام الدولة لحرية ، وعدالتها في تطبيق القوانين ، ومساواتها  
بين الجميع في الحقوق والواجبات .

بينما يجد الإنسان أمنه في مرحلة الشيخوخة في سلامة جسمه ، واستمرار  
قدرته على العطاء في الحياة ، وفي بر أبنائه وأحفاده له ، وفي تقديرهم واحترامهم  
لرأيه ، وفي كفاية معاشه أو دخله . لذا وصّى الله الأبناء بالدينهم ، وربط بين  
عبادته والإحسان إليهما . فقال تعالى : ﴿ وَقَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ  
وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا إِمَّا يَبْلُغَنَّ عِندَكَ الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُلْ لَهُمَا أَلْ  
وَلَا تَنْهَرْهُمَا وَقُلْ لَهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا ١١ ﴾ .

ويختلف تأثير الحرمان من الأمن على الصحة النفسية من شخص إلى آخر ،  
ومن مرحلة عمرية إلى أخرى . وبصفة عامة إذا حدث الحرمان في مرحلة  
الرشد ، فإن تأثيره السيء قد يكون مؤقتاً ، ويزول بزوال أسبابه ، وتوفر الأمن .  
وقد لا يؤثر على الصحة النفسية إذا استطاع الشخص تغيير مطالب أمنه ، ولم  
يشعر بقلق الحرمان .

أما إذا حدث الحرمان من الأمن في مرحلة الطفولة - وخاصة في الطفولة  
المبكرة - فإنه يحوق النمو النفسي ، ويؤثر تأثيراً سيئاً على الصحة النفسية في جميع  
مراحل حياته ، لأن الحرمان من الأمن يعني تهديداً خطيراً لإشباع حاجات الطفل  
الضرورية ، وهو ضعيف لا يقوى على إشباعها بنفسه ، فيشعر بقلق الحرمان ،  
الذى ينمي فيه سمات التوافق السيء التى من أهمها سمات القلق والعداوة والشعور  
بالذنب ( مرسى ، ١٩٨١ ) .



وقد تأيد هذا التفسير عن تأثير الحرمان من الأمن على الصحة النفسية في دراسات كثيرة ، أشارت نتائجها إلى أن الراشدين والمراهقين المضطربين نفسياً أو المنحرفين سلوكياً ، قد حرّموا من الأمن في الصغر بسبب تصدع الأسرة ، أو فقدان الأم أو القسوة والإهمال من الوالدين ( مرسى ، ١٩٧٨ ) .

## ٢ - الحاجة إلى حب الاستطلاع :

حب الاستطلاع<sup>(١)</sup> مفهوم فرضي يدل على حالة نفسية داخلية ، تدفع الشخص إلى استكشاف البيئة ، وجمع المعلومات ، وتحصيل المعرفة . ويعتبر إشباع هذه الحاجة ضروريا للصحة النفسية في جميع مراحل الحياة . فالإنسان من صغره وهو يرغب في تنمية معارفه عن نفسه وعن البيئة التي يعيش فيها ، فيسأل ويبحث بنفسه ، ويستكشف الأشياء الجديدة والغريبة ، وكلما عرف معلومة في إجابة ، شعر بالحاجة إلى معرفة ما وراءها .

وتظهر الحاجة إلى حب الاستطلاع في مرحلتي الرضاعة والطفولة المبكرة ، في محاولات الطفل استكشاف البيئة من حوله ، بدفع الأشياء التي يراها ، ولمسها وتحريكها وشدها وفكها ، وبالأسئلة الكثيرة عن كل ما يرى ويسمع ويلمس . إنه يسأل لماذا ؟ وكيف ؟ ولماذا ؟ ليعرف الأشياء ، ويقف على طبيعتها ، ويصل إلى أسبابها وكنهها ، وكلما حصل على إجابة لسؤال ، ظهرت استفسارات جديدة قد لا تنتهي ، وهنا ما جعل بعض العلماء يعتبرون الإنسان حيوانا كثير السؤال بالفضة ( Day et al., 1970 ) .

ويُعبر الأطفال الكبار والمراهقون والراشدون عن هذه الحاجة بالرغبة في القراءة والاطلاع والمناقشات ، والرحلات لاستكشاف الأماكن الجديدة ، والقيام بالأعمال الصعبة ، وتحدي المخاطر ، وإجراء التجارب ، وفك الأشياء وتركيبها .

ويساهم الآباء والأمهات والمدرسون وغيرهم من الراشدين في إشباع حب الاستطلاع عند أبنائهم إذا هم أجابوا على أسئلتهم بصبر وسعة صدر ، وأعطوهم

(١) اعطى الباحثون في تحديد الحاجة إلى إشباع حب الاستطلاع ، فبعضهم اعتبرها غريزة فطرية موجودة عند الإنسان والحيوان ، وغيرهم اعتبرها دافعا ثانويا ، في حين أشير البعض الآخر إلى أنها صفة ديناميكية في الشخصية . لمزيد من المعلومات ارجع إلى ( مرسى كمال إبراهيم ) القلق وعلاقته بسمات الشخصية . القاهرة : دار النهضة العربية ، ١٩٧٨ ص ١١٧ - ١٢٤ .

المعلومات الصحيحة ، وممحووا لهم بجمع المعلومات بأنفسهم من الكتب والرحلات والتجارب والبحث ، وناقشوه في آرائهم ، وكافأوهم على النجاح في حل المشكلات وجمع المعلومات ( Bernard, 1968 ) . ويساعد إشباع حب الاستطلاع عند الأطفال والمراهقين على تنمية رغبتهم في التعلم وتحصيل المعرفة ، ويؤدي إلى شعورهم بالأمن في علاقاتهم بمن حولهم ، ويزيد من فهمهم لأنفسهم وللبيئة من حولهم ، فتنمو ثقتهم بأنفسهم وبالآخرين .

وتبين من دراسات كثيرة أن إشباع حب الاستطلاع - خاصة في الطفولة - يساعد على تنمية الذكاء والقدرات الإبداعية ، والثقة بالنفس والنضوج الاجتماعي ، والمثابرة والتفوق في التحصيل الدراسي ، ويؤدي إلى التوافق الحسن ، والتختم بالصحة النفسية في المراهقة والرشد .

أما إهمال الوالدين والمدرسين لإشباع حب الاستطلاع عند الطفل - بعدم الإجابة على أسئلته ، أو تحقيره عليها ، أو التذمر من كثرتها ، أو بمعاقبته على نشاطاته الاستكشافية - فيضعف حبه للإستطلاع ، ويجعله يكف عن البحث والاستكشاف والاستفسار ، ويشعره بعدم التقبل من الوالدين والمدرسين ، فينعدم شعوره بالأمن ، وتضعف رغبته في التعلم والتحصيل الدراسي ، ويشعر بالقلق والعداوة ، ويسيطر عليه الخوف من الفشل ، والتطير والشعور بالنقص ، ويتوقع الأذى من البيئة . وكلها من علامات انعدام الصحة النفسية ( Maw & Maw, 1970 ) .

### ٣ - الحاجة إلى الإنجاز :

الحاجة إلى الإنجاز مفهوم فرضي يدل على حالة نفسية داخلية ، تدفع الشخص إلى النشاط والعمل والإنجاز ، لتدريب المهارات وتنمية القدرات ، واكتساب الخبرات ، وتحقيق النجاح والتفوق ، والشعور بالكفاءة والحصول على تقدير الآخرين وتقبلهم . ويختلف التعبير عن الحاجة للإنجاز عند الشخص بحسب مراحل نموه النفسي : ففي الطفولة يعبر الطفل عن هذه الحاجة في اللعب ، ومساعدة أمه في الأعمال المنزلية ، وتنفيذ ما يطلب منه ، وفي رغبته في الاعتماد على النفس في اللبس والمشي وتناول الطعام .

وفي الطفولة المتأخرة والمراهقة يعبر الشخص عن حاجته للإنجاز بالرغبة في التحصيل ، وإنجاز الواجبات المدرسية ، وتنفيذ مشاريع التربية الفنية والعملية ، والإقبال على الأنشطة التي تنمي المهارات والخبرات والقدرات ، والرغبة في المنافسة والتفوق ، وتحمل المسؤولية ، واتخاذ القرارات . في حين يعبر الشخص عن هذه الحاجة في الرشد بالنجاح في العمل ، والتفوق في أدائه ، والابتكار فيه ، وفي تحمل المسؤوليات ، وإنجاز الواجبات والأنشطة النافعة .

والحاجة للإنجاز - مثل حب الاستطلاع - من الحاجات المكتسبة ، التي تنمو بالإشباع ، وتضعف بالحرمان ، فالطفل الذي يشجعه والداه ومدرسه على الإنجاز ، تنمو عنده الدافعية لتحقيق النجاح . *Motivation to achieve* . *success* . في المراهقة والرشد ، فيقبل على التحصيل الدراسي وعلى إنجاز الأعمال الصعبة ، التي تتطلب مهارة عالية وتحدى ، ومثابرة من أجل النجاح ، ولا يستسلم للفشل بسهولة ، ويسعى إلى التفوق باستمرار ، مما يجعله ناجحاً في دراسته ، مجداً في عمله .

أما الطفل الذي لا يشجعه والداه ومدرسه على الإنجاز ، فتضعف رغبته في التحصيل الدراسي ، وتنمو عنده في المراهقة والرشد الدافعية لتجنب الفشل *Motivation to avoid failure* مما يجعله يتجنب الإقدام خوفاً من الفشل ، وتثبط همته بسرعة ، ويستسلم للفشل ليأسه من النجاح ، ويقبل على الأعمال السهلة التي يضمن النجاح في أدائها ، ويرفض التجديد والإبداع ، ويرفض الأعمال التي تتطلب مهارة أو جهداً ، وينسحب من المنافسات والتحديات ، لاعتقاده في عدم قدرته على التفوق ، ويلجأ إلى الحيل النفسية الدفاعية لتبرير فشله ، وعجزه عن النجاح والتفوق .

وتنمو الدافعية لتحقيق النجاح عند الأطفال من خلال حثهم على العمل والنشاط ، وتنمية المهارات والقدرات ، واكتساب الخبرات الجديدة ، ومن خلال مكافأتهم على النجاح والتفوق ، وتدريبهم على الاعتماد على النفس وتحمل بعض المسؤوليات في البيت والمدرسة ، ومن خلال الثقة في قدرتهم على النجاح ، واحترام أفكارهم وإنتاجهم ، وعدم إرغامهم على عمل أى شيء غير مقتنعين به ، وتشجيعهم على المناقشة والمنافسة الشريفة ، وإشعارهم بالقبول والتقدير من الوالدين والمدرسين والإخوة والزملاء ( مرسى ، ١٩٧٨ ) ( تركى ١٩٧٤ ) .

وإشباع الحاجة للإنجاز بالإضافة إلى أنه ينمي الدافعية لتحقيق النجاح ، فإنه يساعد على تنمية الثقة بالنفس وبالآخرين ، والشعور بالكفاءة ، والاعتماد على النفس ، والتفوق في المدرسة ، والنجاح في العمل ، فيدرك الشخص تقدير الآخرين واحترامهم ، ويتوافق توافقاً حسناً مع نفسه ومع المجتمع . وهذا ما أبدته نتائج دراسات كثيرة أشارت نتائجها إلى أن الأشخاص الذين أشبعت حاجتهم للإنجاز في الطفولة كانوا مراقبين وراشدين متوافقين متمتعين بصحة نفسية ، ومتفوقين في دراستهم وأعمالهم . ( Mclelland. 1951 ) .

#### ٤ - الحاجة إلى الاعتماد على النفس :

الحاجة إلى الاعتماد على النفس مفهوم فرضي يدل على حالة نفسية داخلية ، تدفع الشخص إلى عمل ما يثبت أنه شخصية مستقلة ، لها كيائها وخصائصها التي تميزها عن غيرها ، ولها القدرة على اتخاذ القرارات وتحمل المسؤولية والتأثير في البيئة التي تعيش فيها .

ويشعر الطفل بالحاجة للاستقلال في عامه الثاني تقريباً عندما يحس بذاته ، وبقدرته على التصرف بنفسه ، فيمشي ويجري ويمسك ، ويدفع الأشياء ويمسكها ، ويقفز ويركب سيارته الصغيرة ، ويدرك أن له ملابسه وأدواته ولعبة .

ويظهر إحساس الطفل بذاته واستقلالته في إصراره على أن يأكل ويلبس ويمشي بنفسه ، وفي صموده اللزج دون مساعدة من أحد ، ورفضه الأوامر التي تفرض عليه ، وعدم تقبله التدخل في شغونه ، وعناده ومخالفة الآخرين ، ورغبته في إثارة الاهتمام وطلب التشجيع والمدح ، وحُبّه للتملك ، ودفاعه عن ممتلكاته ورفضه التنازل عنها .

فالطفل في هذا السن الصغير يقول لا ، ويصدر الأوامر ويتصرف بنفسه ، ليثبت أنه شخص له استقلاليته وقدرته على التأثير في الآخرين . وهذا دليل على نموه النفسي ، وانتقاله من الاعتماد الكلي على والديه إلى محاولة الاعتماد على نفسه ، ومن الشعور بالضعف والعجز إلى الإحساس بالقدرة والقوة والثقة بالنفس .

ويستمر الحاح الحاجة للاستقلال في طلب الإشباع في مرحلة الطفولة المبكرة والمتأخرة ، ويزداد إلحاحها في المراهقة ، حيث يشعر المراهق أنه قد كبر ونضج بالدرجة التي تجعله يعتمد على نفسه ، ويتحمل المسؤولية ، فيسعى إلى إثبات ذاته ، وينشد الحرية في التفكير والتصرف ، ويتشبث برأيه ، ويثور للتدخل في شؤونه ، ويرفض الوصاية من الكبار ، ويعارض سلطتهم ، ويخالف الأوامر التي لا يقتنع بها .

ويتم إشباع الحاجة إلى الاعتماد على النفس من خلال استجابة الوالدين لمحاولات أولادهم الاستقلال في العمل واللعب وهم صغار . فالآباء الذين يشجعون أبناءهم على الاعتماد على النفس ، ويعطونهم حرية التصرف ، ويحترمون آراءهم ، ويدربونهم على تحمل المسؤولية تدريجياً ، ويشركونهم في اتخاذ القرارات في الأسرة ، ويناقشونهم في الأوامر التي يصدرونها إليهم ، ولا يتسلطون عليهم ، ولا يتدخلون في شؤنهم الخاصة ، فإنهم بذلك يشعرونهم بالتقبل وينمون عندهم الثقة والشعور بالكفاءة ، فيحسنُ توافقهم مع أنفسهم ومع المجتمع ، ويشعرون بالصحة النفسية في المراهقة والرشد ( مرسي ، ١٩٧٨ ) .

أما الآباء الذين يدللون أطفالهم ويفرون لهم الحماية الزائدة ويبالغون في الخوف عليهم من الأذى أو الخطأ إن هم - أى الأطفال - عملوا شيئاً وحدهم ، فإنهم بذلك يحرمون صغارهم من إشباع الحاجة إلى الاعتماد على النفس ، وينمون فيه الشعور بالنقص وعدم الكفاءة فتزداد اتكالياتهم على غيرهم ، ويسوء توافقهم في المراهقة والرشد .

كذلك الآباء الذين يتسلطون على أبنائهم ، ويبالغون في تأديبهم ، ويرغمونهم على الطاعة العمياء ، ويحقرون آراءهم ، ويسفهون تصرفاتهم ، فإنهم أيضاً يحرمون صغارهم من إشباع الحاجة إلى الاعتماد على النفس ، ويشعرونهم بعدم التقبل ، وينمون عندهم الشعور بالنقص وعدم الكفاءة والاتكالية ، فيسوء توافقهم في المراهقة والرشد .

وتبين من دراسات كثيرة أن تنمية الاستقلالية عند الطفل ، وتدريبه الاعتماد على نفسه من الصغر يساعد على توافقه وتمتعه بالصحة النفسية في المراهقة والرشد . ولا يعني الاعتماد على النفس اكتفاء الشخص بنفسه واستغائه عن الناس تماماً : فالإنسان مهما أوتي من قوة وامكانيات جسمية وعقلية لا يستغنى عن

الآخرين ، ويعتمد عليهم في إشباع كثير من حاجاته ، ويعتمد عليه الآخرون في إشباع كثير من حاجاتهم . فالاعتماد المتبادل Interdependency بين الناس ضرورى لاستمرار الحياة الاجتماعية ، ويؤدى إلى التعاون والمحبة ، والاحترام المتبادل ، ولا يحوق ثقة الفرد بنفسه ، ولا يمنعه من الاعتماد على نفسه في تصريف أموره وفي تحمل مسؤولياته في الحياة .

أما الانكالية التي ترفضها الصحة النفسية ، والتي تنتج عن الحرمان من إشباع الحاجة للاستقلال في الطفولة والمراهقة ؛ فهي صفة مَرَضِيَّة ، تظهر في الاعتماد الزائد على الآخرين ، وعجز الشخص عن تصريف أموره بنفسه ، وإعطائه الآخرين حق اتخاذ القرارات نيابة عنه ، لشعوره بعدم الكفاءة ، وخوفه من تحمل المسؤولية مما يجعله شخصا غير ناضج ، فيشعر بالدونية ، ويسوء توافقه مع نفسه ( Beller, 1959 ) .

## ٥ - الحاجة إلى أن يُحِبَّ ويُحَبَّ :

الحب المتبادل حاجة حيوية لنمو الشخصية السوية ، و التمتع بالصحة النفسية ، فالشخص الذى يُحِبُّ ويُحَبُّ يعيش سعيدا آمنا مع نفسه ومع الآخرين ، أما مَنْ فقد الحب فإنه يعيش تعسا غير آمن متطورا ، عُرضة للانحرافات النفسية ، واختلال الصحة النفسية ، لأنه لن يحب نفسه ولن يحب غيره ( جيرارد ، ١٩٧٧ ) . لذا قال الرسول عليه الصلاة والسلام : « المؤمن آلف ومألوف ، ولا خير فيمن لا يألف ولا يؤلف » ( سابق ص ٥٩٧ ) ، وبين عليه السلام أن حب الإنسان لأخيه من الإيمان : فقال : « ما من رجلين تحابا في الله بظهر الغيب إلا كان أحبهما إلى الله أشدهما حبا لأخيه »<sup>(١)</sup> ، وقال أيضا : « والذى نفسي بيده لا تدخلوا الجنة حتى تؤمنوا ولن تؤمنوا حتى تحابوا أو لا أدلكم على شيء إن فعلتموه تحابيم ؟ أفشوا السلام بينكم »<sup>(٢)</sup> .

ويختلف موضوع الحب ومصدره عند الإنسان بحسب مراحل نموه : ففي الطفولة المبكرة يحتاج إلى أن يحبه والداه ، فهما مصدر إشباع حاجاته ، وفي

(١) رواه الطبرى .

(٢) رواه مسلم .

الطفولة المتأخرة والمراهقة ، يحتاج إلى أن يحبه والداه ومدرسه وأقرانه ، وفي الرشد يحتاج إلى أن تحبه زوجته وأولاده وأصحابه وأهله ، وفي الشيخوخة يسعى إلى أن يحبه أولاده وأهله وأصدقائه .

فإذا شعر الشخص - كبيرا أو صغيرا - بحب الناس له أحبهم كما يحبونه وظهرت المودة والرحمة بينهم . وهذا ما يجعل الشعور بالحب عاملا هاما في التفاعل الاجتماعي وتماسك المجتمع ، لأنه يوجه سلوكنا نحو من نحب ( أو ما نحب ) على أساس من المودة ، والتعاون والاحترام والشعور بالمسئولية .

ويقوم حب الإنسان لغيره على أساس حبه لنفسه ، فالمرء كما قال إريك فروم لا يحب غيره إلا إذا كان يحب ذاته ، أو بعبارة أخرى مَنْ يُحِبُّ نفسه قادر على حب غيره ، وَمَنْ لا يحب نفسه لا يستطيع حب الآخرين ، ففائد الشيء لا يعطيه .

ومع أن حبنا للآخرين مستمد من حبنا لأنفسنا ، فإن مصدر حبنا لأنفسنا حب الآخرين لنا : فالشخص لا يحب ذاته إلا إذا شعر بحب الناس واحترامهم له ورضاهم عنه ، فينشأ من هذا الحب احترام الشخص لنفسه ، وتقديره لكفاءته وحبه لذاته ( جيرارد ، ١٩٧٧ ) .

وينمو حب الذات في الصغر من حب الوالدين لاهتمامهما ، فالطفل الذي يشعر بحب والديه وتقبلهما له ، يدرك أنه شخص مرغوب فيه Likable جدير بحب الآخرين ، فيحب نفسه ويحب والديه وغيرهما من الراشدين المهمين في حياته ، ثم يعمم هذا الحب على الناس من حوله . أما إذا حرم الطفل من حب والديه ، ولم يجد مَنْ يُحِبُّه شعر بعدم الجدولة ، وعدم الرغبة فيه ، وهذا ما يجعله لا يحب نفسه ولا يحب غيره .

وأيدت دراسات كثيرة أن الأطفال الذين نشأوا في ملاجئ للأيتام ، كانوا غير راضين عن أنفسهم ، وعاجزين على التعايش معا على أساس من الحب لأنهم لم يجلبوا من محبتهم ( مرسي ، ١٩٧٨ ) . ووجد ميلنس أن المراهقين الراضين عن أنفسهم المتقبلين لذواتهم ، كان والداهم يحبونهم في الصغر ، وأما المراهقين غير المتقبلين لذواتهم وغير المتعاطفين مع أنفسهم ، كان والداهم نابذين لهم في الصغر ( Medinnus, 1964 ) . وتبين من دراسة بجامعة كولومبيا الأمريكية أن الطلبة

الذين أدركوا النيد من والدهم في الصغر لا يحبون الناس ، في حين كان الطلبة الذين أدركوا التقبل من والدهم يحبون الناس ويحبون أنفسهم ( Fleming, 1967 ) .

ويدرك الطفل حب والديه له إن لاعباه وقبلاه ، واسمأ له ، وعرفا حاجاته ، واستجابا لها في الوقت المناسب ، ولم يبخلا عليه بالثناء كلما أحسن عملا . لذا ينصح علماء الصحة النفسية الآباء بأن يكونوا منفتحين على أبنائهم بشوشين معهم ، وأن يعرفوا عن حبيبهم لهم باللعب والمداينة والضحك معهم ، وأن يعرفوا حاجاتهم ويشبعوها لهم من غير تذمر ولا تقتير ( سجيرارد ١٩٧٧ ) .

وقبل علماء الصحة النفسية أمر الرسول ﷺ بضرورة تعبير الآباء عن حبيبهم لأولادهم بتقبلهم ومداينتهم . فقد قال أبو هريرة رضى الله عنه : « قَبِلَ رَسُولُ اللَّهِ الْحَسَنَ أَوْ الْحُسَيْنَ وَعِنْدَهُ الْأَقْرَعُ بْنُ حَابِسٍ التَّمِيمِيُّ ، فَقَالَ الْأَقْرَعُ : أَتَقْبَلُونَ الْأَوْلَادَ ؟ إِنْ لِي عَشْرَةٌ مِنَ الْوَلَدِ مَا قَبِلْتُ مِنْهُمْ أَحَدًا قَطًّا . فَظَنَرُ إِلَيْهِ الرَّسُولُ وَقَالَ : « أَوْ أَمْلَكَ لَكَ إِنْ نَزَعَ اللَّهُ الرَّحْمَةَ مِنْ قَلْبِكَ ، مَنْ لَا يُرَحِّمُ لَا تُرَحِّمُ » ، أَى مِنْ لَا يُحِبُّ لَا يُحِبُّ » (١) .

#### ٦ - الحاجة إلى التقدير والاستحسان :

تقف الحاجة إل تقدير الآخرين وراء كثير من نشاطات الإنسان وأعماله ، فالإنسان عندما يعمل عملا حسنا ينتظر كلمة شكر ، أو نظرة إعجاب ، أو عبارة ثناء ومدح من الناس المهمين في حياته ، حتى يشعر أنهم يقدرون جهده ، ويستحسنون عمله ، ويعترفون بتفوقه فيه . فالطفل الصغير يُبَلِّغُ إلى عمل ما يرضى والديه ويفرحهم ، فيمدحونه وثنون عليه ، والطالب في المدرسة يذاكر دروسه ، ويؤدى واجباته ليحصل على استحسان والديه وتقدير مدرسه وزملائه فيحترمونه ، والشاب يُجَدِّدُ في عمله حتى يحصل على تقدير رؤسائه وزملائه وعلى احترام زوجته وأولاده وأهله وأصحابه .

وقد عبّر الله عن هذه الحاجة فقال للرسول عليه الصلاة والسلام : قل للمسلمين اجتهدوا في العمل ، لتحصلوا على رضا الله ورسوله ، واحترام وتقدير

---

(١) رواه البخارى .



المؤمنين لكم . فقال تعالى : ﴿ وَقُلْ أَعْمَلُوا فَسِرَّيْ أَفْهَ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ ،  
وَالْمُؤْمِنُونَ ﴾ (١) .

وتتشارك الحاجة إلى تقدير الآخرين مع الحاجة إلى الحب في جعل الشخص يشعر بالأمن وبأنه مرغوب فيه ، ولكنها تختلف عنها في أن إشباع الحاجة إلى التقدير يحقق له مكانة اجتماعية طيبة ، وسمعة حسنة في الجماعة التي ينتمي إليها ، أما إشباع الحاجة للحب . فيحقق له الشعور بعطف وحنان ومودة الآخرين له .

ويشعر الإنسان بتقدير الآخرين واستحسانهم له في تعبيرهم عن إعجابهم بأعماله وإنتاجه ، وتقديرهم لثفوقه ، وثألهم على نجاحه . فالطفل يدرك تقدير والديه لعمله وإنتاجه عندما يستحسنان تصرفاته . ويقولان له : « شاطر » « أنت ولد ممتاز » « أنت حلو » ، والتلميذ يسمعه ثناء مدرسه عليه لثفوقه في التحصيل أو - في أى نشاط آخر يجعله في مركز طيب في نظر جماعة الفصل ، ويفرح الموظف عندما يمدح رؤسائه كفاءته في العمل ، ويشنون على جهوده ، فيشعر بالتقدم والاحترام من زملائه ، مما يعطيه مكانة مرموقة في العمل ، ويرفع تقديره لذاته ، ويشعره بالكفاءة والثقة في نفسه وفي الآخرين ، ويزيد طموحه وإنتاجه ، ويشعر بالسعادة والانتماء ، ويتمتع بالصحة النفسية .

أما حرمان الشخص من تقدير الآخرين فيشعره بعدم التقبل والدونية ، ويحبط من قدر نفسه ، ويعيش على هامش الحياة في الجماعة ، ولا يشعر بالأمن معها ، وتضطرب علاقته بنفسه وبغيره ، وقد ينطوى على نفسه ، ويستغرق في أحلام اليقظة ، أو يلجأ إلى الجناح والجرمة والتمرد والعصيان ، ليحصل على تقدير الجماعة واحترامها فقد يترك الفن ( أو الفتاة ) مدرسته وأسرته وينضم إلى إحدى الجماعات المنحرفة التي يجد عندها التقدير والاحترام ، ويحصل على مكانة اجتماعية فيها . فالدراسات أشارت إلى أن الأطفال الذين فشلوا في الحصول على تقدير والديهم واحترام مدرستهم هربوا من بيوتهم ومدارسهم ، وانخرطوا في عصابات الأحداث ، وحصلوا على تقدير زملائهم لانحرافاتهم وجرائمهم ( مرسى ، ١٩٧٨ ) .

---

(١) سورة التوبة : آية ( ١٠٥ ) .

## ٧ - الحاجة إلى الصحة والانتاء :

اختلف الباحثون في تحديد هذه الحاجة ، ووضعوها في مسميات كثيرة منها الحاجة إلى التوحد بالجماعة ، والحاجة إلى الجماعة ، والحاجة إلى السند ، والحاجة إلى الانتاء للجماعة . ومع هذا فإنهم متفقون على أنها من الحاجات الأساسية التي تلح في الإشباع ، وتدفع الشخص إلى الارتباط بجماعة ( أو أكثر ) يحبها وتحبه ، ويجد عندها الأمن والتقدير والمكانة الاجتماعية .

ويقف اشباع هذه الحاجة وراء حبنا لوطننا وأسرتنا وأهلنا وأصحابنا ، فنشعر بالانتاء إليهم والولاء لهم ، ونفتخر بهم ، ونعتز بتفوقهم وانتصاراتهم ، ونعتبرهم إمتدادا لنواتنا .

وتشبع الحاجة إلى الصحة عادة في الطفولة بالانتاء إلى الأسرة والارتباط بالوالدين ، وفي المراهقة بالانتاء إلى الأسرة وجماعات المدرسة ، وجماعة الأقران ( الشلة ) ، وفي الرشد بالارتباط بشريك الحياة من الجنس الآخر ، وصحبة الأبناء والأهل والأصدقاء ، والانتاء إلى جماعة العمل .

ويختلف تأثير هذه الجماعات في إشباع الحاجة إلى الصحة بحسب السن ، فتزداد الحاجة إلى صحة الوالدين في الطفولة وإلى صحة الأقران من نفس الجنس في المراهقة ، وإلى صحة شريك للحياة ( من الجنس الآخر ) في الرشد ، وإلى صحة الأبناء في الشيخوخة . كما يختلف تأثير هذه الجماعات من شخص إلى آخر فقد يجد شخص إشباع حاجته إلى الصحة مع أسرته ، ويجد آخر إشباعها مع الأصدقاء أو مع جماعات المدرسة أو جماعات العمل وغيرها .

وإشباع الحاجة للصحة من أهم عوامل تماسك المجتمع ، وسلامة أفراده ، وترباط جماعاته ، لأن الشخص الذي يشعر بالانتاء إلى جماعة يحبها ، ويعتبرها امتدادا لنفسه ، فيتوحد معها ، وينصاع لمعاييرها ، ويدافع ويعمل من أجل تحقيق أهدافها ، ويعتز بانتمائه إليها ، ويتبنى قيمها وتقاليدها وعاداتها .

وقد حيب الإسلام « إشباع الحاجة إلى الصحة » فأمر كل مسلم بالجماعة الصالحة ، والانتاء إليها والحرص عليها ، وعدم الخروج منها . وأوجب على الرجال صلاة الجماعة وفضلها على صلاة الفرد في بيته ، وحث على التجمع

والألفة والتعارف بين الناس . وفي ذلك قال رسول الله عليه السلام : « المؤمن الذي يخالف الناس ، ويصير على أذاهم خير من المؤمن الذي لا يخالف الناس ولا يصير على أذاهم »<sup>(١)</sup> . وأجمل عليه السلام ما تحققه الجماعة من مساندة وأمن لأفرادها فقال : « المؤمن للمؤمن كالبنيان يشد بعضه بعضا »<sup>(٢)</sup> . وقال أيضا : « مثل المؤمنين في توادهم وتراحمهم كمثل الجسد الواحد إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر الأعضاء بالسهر والحمى »<sup>(٣)</sup> .

والجماعة التي ينتمى إليها الشخص في أى مرحلة من مراحل حياته وتشبع له حاجاته إلى الصحة ، تؤثر في بناء شخصيته وفي تكوين قيمه واتجاهاته وميوله . فإذا كانت الجماعة صالحة ، صلح الفرد والمجتمع ، وإذا كانت فاسدة فسد الفرد والمجتمع ، وقد أشار الرسول ﷺ إلى هذا التأثير في قوله عليه السلام : « الخليل على دين خليله فلينظر كل منكم إلى من يخال »<sup>(٤)</sup> .

والحاجة إلى الصحة من الحاجات التي تلح في الإشباع ، فإذا لم يجد الشخص الجماعة الصالحة التي تشبع حاجته ، وينتمى إليها ، سعى للإلتئام إلى جماعة ( أو أكثر ) من الجماعات الفاسدة ، وتبني قيمها ومعاييرها ، وسلك سلوك أفرادها ، فیسوء توافقه مع المجتمع ومع نفسه . فقد تبين من الدراسات على الأحداث الجانحين أن نسبة كبيرة منهم لم تشبع حاجاتها إلى الصحة في الأسرة والمدرسة ( بسبب النبذ وعدم التقبل من الوالدين والمدرسين والفشل في التحصيل الدراسي ) فلبجأت إلى قرناء السوء ، وكونت جماعات خارجة على المجتمع ، شعرت معها بالأمن والتقدير والمكانة الاجتماعية ، واتخذت منها وسيلة للتعبير عن مشاعرها العدائية تجاه الأسرة والمدرسة والمجتمع . ومن الملاحظ أن الأحداث يتمسكون بجماعاتهم المنحرفة ، ويدافعون عن مبادئها ، ويعلمون عاداتها السيئة ، فيدخنون ويقبلون على تناول الخمر والمخدرات والحبوب النفسية ، ويعتزلون ويسرقون ويغربون ، خضوعا وانصياعا لمعايير هذه الجماعات ، حتى يشعروا بالأمن معها والتقدير من أعضائها .

(١) رواه أحمد .

(٢) متفق عليه .

(٣) متفق عليه .

(٤) رواه الترمذی .

وقد يفشل الفرد في إشباع حاجته للصحة في جماعته العضوية<sup>(١)</sup> ويلجأ إلى إشباعها بالانتماء نفسيا إلى جماعة أخرى - دون أن يكون عضوا فيها - يعجب بها ويسلك وكأنه واحد منها ، ويتبنى قيمها ومعاييرها وعاداتها ، ويتخذها مرجعا لتصرفاته<sup>(٢)</sup> . وفي نفس الوقت لا تعجبه جماعته العضوية ، ويعيش غريبا فيها لا يتوافق معها . مثال ذلك الشاب من الطبقة الوسطى ( جماعة عضوية ) ينتمي نفسيا لأبناء الطبقة العليا ( جماعة مرجعية ) ، ويحاول التشبه بهم في معيشته ومظهره واهتماماته وتطلعاته ، فيفكر بمقولهم ويسلك وكأنه منهم . أو الشاب من أسرة مسلمة ( جماعة عضوية ) وينتمي نفسيا لشباب المجتمعات الغربية ، ويعجب بقيمهم وتصرفاتهم واتجاهاتهم وعاداتهم ، ويقلد سلوكهم وكأنه واحد منهم ، فيشرب الخمر ويجرى وراء ملذاته ، ويتذمر من قيم وعادات وآداب مجتمعه المسلم ، ويعيش فيه غريبا ، لا يشعر له بالانتماء ، ولا لقيمه بالولاء ، فيسوء توافقه مع أهله .

## ٨ - الحاجة إلى الدين :

تدل الحاجة إلى الدين على استعداد فطري عند الإنسان ، يوجهه إلى معرفة الله وتوحيده ، ويدفعه إلى عبادته والاستجابة له استجابة تعظيم وتقديس ومهابة ، ويحركه إلى الارتباط به ، وطلب العون منه ، ويجعله ملاذه وملجأه كلما اشتدت به الكروب ، وحلت به مصائب الحياة .

ونحن نعلم أن الله سبحانه وتعالى خلق الإنسان ونفخ فيه من روحه ، وهذا يعني أن في أعماق النفس البشرية ما يحركها بالفطرة إلى خالقها . قال تعالى : ﴿ الَّذِي أَحْسَنَ كُلَّ شَيْءٍ خَلْقَهُ . وَبَدَأَ خَلْقَ الْإِنْسَانِ مِنْ طِينٍ ، ثُمَّ جَعَلَ لَسُلَّةٍ مِنْ سُلَالَةٍ مِنْ مَاءٍ مَهِينٍ ، ثُمَّ سَوَّاهُ وَنَفَخَ فِيهِ مِنْ رُوحِهِ ، وَجَعَلَ لَكُمُ السَّمْعَ وَالْأَبْصَارَ وَالْأَفْئِدَةَ قَلِيلًا مَّا تَشْكُرُونَ ﴾<sup>(٣)</sup> .

(١) الجماعة العضوية member group هي الجماعة التي يكون الفرد عضوا فعليا فيها ، مثل جماعات الأسرة والمدرسة والنادي والمصنع .

(٢) الجماعة المرجعية reference group هي الجماعة التي ينتمي إليها الفرد نفسيا دون أن يكون عضوا فيها ، ويجعلها مرجعا لتصرفاته ، يتبنى قيمها ومعاييرها وعاداتها ، ويشارك أعضائها اهتمامهم وميولهم وأفكارهم ويتجاوب معهم وكأنه عضو فعال معهم .

(٣) السجدة آية : ٧ - ٩ .

وقد بين الاستاذ الدكتور محمد عثمان نجاشي أن الحاجة إلى الدين حاجة نفسية لها أساس فطري متأصل في الإنسان ، واستدل على ذلك من قوله تعالى : ﴿ فَأَقِمْ وَجْهَكَ لِلدِّينِ حَنِيفًا ، فِطْرَةَ اللَّهِ الَّتِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا ، لَا تَبْدِيلَ لِخَلْقِ اللَّهِ ، ذَلِكَ الدِّينُ الْقِيمُ ، وَلَكِنْ أَكْثَرُ النَّاسِ لَا يَعْلَمُونَ ﴾ (١) ومن قوله تعالى : ﴿ وَإِذْ أَخَذَ رَبُّكَ مِنْ بَنِي آدَمَ مِنْ ظُهُورِهِمْ ذُرِّيَّتَهُمْ وَأَشْهَدَهُمْ عَلَى أَنْفُسِهِمْ ، أَلَسْتُ بِرَبِّكُمْ . قَالُوا بَلَى شَهِدْنَا . أَنْ تَقُولُوا يَوْمَ الْقِيَامَةِ إِنَّا كُنَّا عَنْ هَذَا غَافِلِينَ ﴾ (٢) (نجاشي ، ١٩٨٢) .

وأيدت دراسات الانثروبولوجيا وعلم الأديان أن الحاجة إلى الدين موجودة عند جميع الناس في كل العصور وفي جميع المجتمعات ، فالإنسان منذ القدم وهو يبحث عن إله يعبد ، ويتوسل إليه ، يعتقد أنه قوى مسيطر على الكون ، خالق كل شيء ، حي لا يموت ( المليجي ١٩٥٥ ) غير أن تصوره لطبيعة الإله ، وطريقته في عبادته اختلفت من زمان إلى زمان ومن مكان إلى مكان ، تبعاً لمستوى تفكيره ودرجة تطوره الثقافي ، وحسب ما جاءه من الهدى على أيدي الرسل .

ويتفق علماء النفس على أن الحاجة إلى الدين (٣) حاجة ملحة نامية ، يتعلم الطفل كيف يشبعها من خلال عمليات التنشئة الاجتماعية في البيت والمدرسة ، فينشأ على دين آباءه وأجداده ، ويؤمن في طفولته بالإله ، ويعبد بطقوسهم ، ويسلم بمبادئهم الدينية دون تمحيص . أما في مرحلة المراهقة حيث يفتح ذهنه ، ويستطيع إدراك الغيبيات ، وتعدد مصادر معرفته ، لا يعتقد في صحة ما يقوله آباؤه ، ولا يقبل التسليم بمعتقداتهم الدينية كما هي ، بل يسعى إلى معرفة الله بنفسه ، ويبحث عما يهديه إليه ، ويسعى في طلب الأدلة التي تبرهن على صحة دينه .

ويتحمس المراهق لدينه لا على أساس أنه عبادات فقط ، بل أيضاً على أساس أنه معاملات تقوم على العدل والحرية والمساواة ، والمسئولية والصديق ،

(١) الروم آية : ٣٠ .

(٢) الأعراف آية : ١٧٢ .

(٣) عالم علماء النفس الحاجة إلى الدين بمصطلحات مختلفة منها الدافع الديني والشعور الديني ، والملاطفة الدينية أو المواقف التي تتبلور حول الموضوعات الدينية وغير ذلك .

والرحمة والتواضع والأمانة والمحبة ، وقبول توبة التائبين . لذا يلجأ إلى ربه يسأله العون في علاج مشاكله ، والمساعدة في إصلاح حياته ومجتمعه ، ويطلب العفو والمغفرة على أخطائه .

وقد يمر المراهق بمرحلة من الشك بسبب ما يجده من تناقض في حياته اليومية ، بين معتقدات الناس وسلوكهم ومعاملاتهم ، لكن سرعان ما يعود إلى الإيمان ، ويُقبل على الصلاة ، ويقضى وقتاً طيباً في المسجد يشعر فيه بالأمن والطمأنينة . وقد يبالغ بعض المراهقين في شكوكهم ، ويعلنون إلحادهم ، لا كفرة بالله ولا نكراً لوجوده ، لكن تمرداً على الوالدين ، وعدواناً على قيم المجتمع ، وتعبيراً عما يشعرون به من ظلم وقسوة .

ويستمر الشعور بالحاجة إلى الدين في الرشد والشيخوخة ، ويتأثر إلحاحها وأسلوب إشباعها بعدة عوامل من أهمها : ظروف تنشئة الشخص في الطفولة والمراهقة ، وعلاقته بوالديه ومدرسيه وأقرانه ، ومعلوماته الدينية ، والأزمات التي يمر بها في حياته . فالشخص الذي ينشأ في أسرة صالحة ، ويكون والداه مؤمنين ، ويلبس في سلوك مدرسيه وأصحابه التدين ، وحب الله ، ويجد مَنْ يفقهه في دينه ، تنمو حاجته إلى الدين ، ويُقبل على العبادات ، ويلتزم في معاملاته وعلاقاته بما يرضي ربه ، ويكون مؤمناً حقاً في سره وجهره . أما الشخص الذي ينشأ في أسرة فاسدة ، ويعيش مع والدين مفرطين في دينهما ، ويتعلم على أيدي مدرسين مستهترين بأداء العبادات ، ويصاحب أصدقاء لا يعاونون بقيم الإسلام وآدابه . مثل هذا الشخص تضعف حاجته إلى الدين ، ويقل لإقباله على العبادات والمعاملات الإسلامية ، خاصة إذا لم يجد من يفقهه في الإسلام .

وتختلف أهداف إشباع الحاجة إلى الدين من شخص إلى آخر بحسب مدى الشعور بهذه الحاجة عند كل منهما وظروفهما الاجتماعية . فقد يشبع شخص حاجته إلى الدين ببداة الله ، ويدرك أنه مُخلَق من أجل هذه العبادات ، ويمثل لقوله تعالى : ﴿ وَمَا خَلَقْتُ الْجِنَّ وَالْإِنْسَ إِلَّا لِيَعْبُدُونِ ﴾ .. ويقبل على الله في السراء والضراء ، ويطيعه في السر والعلن ، وبناءً يكون إيمانه قوياً ، وتدينه حقيقياً . ويسمى ألبرت هذا السلوك بالتدين الجَوَاني Intrinsic religion وهو تدين حق ، نابع من داخل الفرد ، ويعبر عن إيمان قوى بالله الذي خلق كل شيء .

وقد يشبع شخص آخر حاجته إلى الدين بعبادة الله ، كوسيلة لتحقيق الأمن والطمأنينة ، فيلجأ إليه في الضراء ، وينصرف عنه في السراء ، وقد يعبد الله كوسيلة لتحقيق مركز في الأسرة أو المجتمع ، فيكون سلوكه الديني رياء وتظاهرا ، فيقبل على الله في العلن ، ويتعد عنه في السر . ويسمى ألبورت هذا السلوك بالتدين الظاهري Extrinsic religion .

والتدين الحقيقي أفضل من التدين الظاهري في إشباع الحاجة إلى الدين ، فقد تبين من دراسات كثيرة أن الشخص المتدين تدينا حقيقيا قريب من الله ، في سلام مع نفسه ، راض عن ماضيه وحاضره ، متفائل بمستقبله ، مما يجعله متمتعا بصحة نفسية جيدة . أما عدم التدين أو التدين الظاهر فمن عوامل انعدام الصحة النفسية .

وينادى علماء النفس والطب النفسي ، والصحة النفسية بضرورة تنمية الحاجة إلى الدين ، وإشباعها بالتدين الحقيقي للوقاية من الاضطرابات النفسية والانحرافات السلوكية . وأشار ريتشارد ماك كان ، Richard Mc Cann ويوسن Boisen وألبورت Allport إلى أن تنمية هذه الحاجة وإشباعها من أهم عوامل نجاح العلاج النفسي ، ونصحوا بضرورة وجود رجل الدين ضمن فريق العلاج النفسي ، لأن الشخص المضطرب نفسيا نادم على ماضيه ، متذمر من حاضره ، متشائم من مستقبله ، وعندما يؤمن ويعيش مع الله ويلجأ إليه ، يجد عنده العفو عن الماضي ، والسند في الحاضر ، والمبشر بمستقبل أفضل ( Allport, p151 ) .

فالإيمان بالله يبعث في النفس طمأنينة وقوة ، وراحة ورضا ، ويقينا وتوكلا ، فتشفي من الآثام ، وتواجه الصعاب بثقة ، لأن الشخص المؤمن يعلم أن الله معه ، يستجيب له إذا دعاه . قال تعالى : ﴿ وَإِذَا سَأَلَكَ عِبَادِي عَنِّي فَإِنِّي قَرِيبٌ أُجِيبُ دَعْوَةَ الدَّاعِ إِذَا دَعَانِي ، فَلْيَسْتَجِيبُوا لِي ، وَلْيُؤْمِنُوا بِي لَعَلَّهُمْ يَرْشُدُونَ ﴾ (١) وهذا ما يجعله مطمئن ولا يتطير .

(١) سورة البقرة آية : ١٨٦ .

## تحقيق الذات

يشعر الإنسان بتحقيق ذاته إذا نجح في الوصول إلى هدفه الأساسي في الحياة . فكل شخص له غاية رئيسية في حياته ، تدور حولها أفكاره ، وتنتج نحوها أعماله ، وتتركز حولها آماله وطموحاته ( البنا ، ١٩٧٧ ) فإذا حقق هذه الغاية أو اقترب منها شعر بتحقيق ذاته بحسب درجة قربها منها .

ويرتبط تحقيق الذات<sup>(١)</sup> بمشاعر النجاح والرضا في إشباع الحاجات العضوية وغير العضوية ، فالشخص الذي ينجح في إشباع حاجاته ، وتحقيق معظم أهدافه التي توصله إلى غايته في الحياة ، يشعر بتحقيق ذاته .

ومن العوامل التي تساعد الإنسان على تحقيق ذاته ، نجاحه في الحصول على عمل يرضيه ، ومركز اجتماعي يناسبه ، ومسكن يلائمه ، وزوجة يطمئن إليها . ويؤدي تحقيق الذات إلى الصحة النفسية إذا سمت غاية الإنسان في الحياة ، لأن الغايات السامية تدفع صاحبها إلى أعمال شريفة مجيدة . وتطبع نفسه بصورة من الجمال الروحي ، وتخلو به إلى الكمال دائما ، حتى يأخذ فيه بالنصيب الذي يصبر إليه ( البنا ١٩٧٧ )

أما إذا كانت غاية الإنسان في الحياة إشباع شهوات البطن أو الفرج أو المال أصبح عبدا لها ، يتأثر بأمرها وتدفعه إلى مختلف الأخلاق الخبيثة التي تودي به إلى التهلكة ( الغزالي ص ١٣ ) . وتحقيق الذات عن طريق الوصول إلى الغايات الدنيا ليس من الصحة النفسية في شيء ، لأنها غايات ثانوية ، متعها مؤقتة لا تدوم ، وأثرها عارض ، وصاحبها - كما قال مسكويه - كثير الخوف قلق النفس مجهد البدن . فكثير من الأغنياء حازوا هذه الشهوات ، وانغمسوا فيها ، لكنهم كانوا تعساء وركبهم الهم والغم ( الطيب ، ١٩٨٢ ) .

---

(١) اختلف الباحثون في نظرتهم إلى تحقيق الذات ، فالبعض يرى أنه حاجة غير عضوية تظهر في مرحلة الرشد وتشبع بتكوين الأسرة ، والحصول على عمل ومكانة اجتماعية ويرى غوهر أنها حاجة ليست مستقلة عن حاجات الإنسان الأخرى وإشباعها يتم من خلال الشعور بإشباع هذه الحاجات .

ومفهوم تحقيق الذات يشبه إلى حد كبير مفهوم الأنا المثالية عند كارل روجر وتكامل الشخصية عند أريك أريكسون .



ومن الناس من يجد تحقيق ذاته في الوصول إلى غايات غير مشروعة ، ويسعى لإثبات كفاءته وتفوقه في أعمال شيطانية ، ويجد مكانته في جماعات فاسدة ، وتحقيق الذات عند هذا الصنف من الناس يُشقيه ويفسد علاقته بغيره ، ويبعده عن ربه ، ولا يحقق له الصحة النفسية ، لأنه يعيش تبع أهواء نفسه ، فإذا أعطى ما يشتهي من الشهوات الحلال أو الحرام زال غضبه . وهو بذلك يتعدى حدود الله : ﴿ ومن يتعد حدود الله فقد ظلم نفسه ﴾ (١) .

أما من تسمو غايته ، ويلترك حقيقة وجوده في هذه الدنيا ، فإنه يجعل أهدافه الرئيسية في عبادة الله ويجد تحقيق ذاته في عمل ما أمر الله به ، والابتعاد عما نهى عنه ، والاصلاح بين الناس والسعى في مناكب الأرض يبحث عن رزقه . وهو قد تحلق لتحقيق هذه الغاية . قال تعالى : ﴿ وما خلقت الجن والإنس إلا ليعبدون ﴾ (٢) . وقال سبحانه : ﴿ هو الذي جعل لكم الأرض ذلولاً فامشوا في مناكبها وكلوا من رزقه وإليه النشور ﴾ (٣) .

هذه الفئة من الناس آمنوا بربهم ، وخلصت نواياهم لله ، وعملوا الصالحات وهم - كما قال ابن تيمية - خير أمة أخرجت للناس ( ابن تيمية ، ١٩٧٨ ) لأنهم يجدون تحقيق ذواتهم في الالتزام بما فرضه الله من عبادات ومعاملات ، ويمجدونها في التوبة والاستغفار بالليل والنهار ، ويمجدونها في الحمد والشكر في السراء ، والصبر والاحتساب في الضراء . وهذا ما يجعلهم يشعرون بالصحة النفسية في جميع الأحوال . قال الرسول عليه الصلاة والسلام : « أمر المؤمن كله خير إلا أصابته سراء شكر ، وإن أصابته ضراء صبر » .

وتحقيق الذات عند المؤمن يكون في بقاء نفسه على مستوى حسن من الاحساس الدائم بالله ، والمصاحبة المستمرة له ، والشعور بالمسؤولية الكبيرة ، والواجب العظيم والأمانة السامية ، التي يحملها الإنسان في الحياة . ( الغزالي ص ١٨٥ ) .

(١) سورة الطلاق آية : ( ١ ) .

(٢) سورة الذاريات آية : ( ٥٦ ) .

(٣) سورة الملك آية : ( ١٥ ) .

كما أن تحقيق الذات عند المؤمن يجعل قلبه متصلا دائما بمصادر الجمال في الآفاق وفي نفسه ، فيحس بوجود الله ، وقدرته التي ليس لها حدود ، ورقابته المستمرة ، وإطلاعه على هواجس نفسه وخفاياها . قال تعالى : ﴿ الله ما في السموات وما في الأرض وإن تئلوا ما في أنفسكم أو تخطؤا يحاسبكم به الله ﴾ (١) .

ووعى المؤمن الدائم لصلته بخالقه يؤثر في نشاطه ، ويوجهه إلى طريق السمو والمثل الراقية النبيلة . وهذا ما يجعل شعوره بتحقيق ذاته دافعا له إلى مزيد من الأعمال الصالحة ، التي تؤدي بدورها إلى زيادة في الشعور بتحقيق الذات . وهكذا يؤدي عمل الصالحات إلى تحقيق الذات ، ويؤدي الشعور بتحقيق الذات إلى عمل الصالحات ، وتستمر دائرة « عمل الصالحات - تحقيق الذات » عند المؤمن إلى أن يلقى الله وهو يعمل صالحا . فإذا عمل صالحا يرضى ربه شعر بتحقيق غايته ، وعمل صالحا من جديد شكرا لله الذي اجتنبه وجعله من الصالحين . فمن عائشة رضى الله عنها أن النبي عليه الصلاة والسلام كان يقوم الليل حتى تتفطر قدماه ، فقالت له : لم تصنع هذا يا رسول الله وقد غفر الله لك ما تقدم من ذنبك وما تأخر . قال : « أفلا أكون عبداً شكورا » (٢) .

ودائرة « عمل الصالحات - تحقيق الذات » عند المؤمن تجعله يحب لأخيه ما يحب لنفسه ، ويعمل ما ينفع الناس ويخلص في عمله ، وتجعله يحب الله ورسوله أكثر من حبه لنفسه ، فيعمل ما يرضيهما ، فيحبه الله ورسوله ، وتكون كل تصرفاته لله وفي الله . وفي ذلك قال الرسول عليه الصلاة والسلام : « عن الله تعالى : « وما تقرب إلي عبدي بشيء أحب إلي مما افترضت عليه : وما يزال عبدي يتقرب إلي بالنوافل حتى أحبه ، فإذا أحببته كنت سمعه الذي يسمع به ، وبصره الذي يبصر به ، ويده التي يبطش بها ، ورجله التي يمشي بها وإن سألني أعطيته ، ولئن أعادني لأعيدنه » (٣) .

(٥) سورة البقرة آية : ( ٢٨٤ ) .

(١) رواه البخاري .

(٢) رواه البخاري .

ودائرة « عمل الصالحات - تحقيق الذات » هي التي تجعل المؤمن يقول الحق ولا يخشى لومة لائم ، ويقبل على الجهاد في سبيل الله بنفسه وماله ، ويستبشر بالموت دفاعاً عن الحق . فقد كتب سيد قطب رحمه الله إلى أخته وهو في السجن ينتظر تنفيذ حكم الإعدام : « لم أعد أفزع من الموت حتى لو جاء اللحظة - لقد حاولت أن أكون خيراً ما أستطيع ، أما أخطائي وغلطاتي فأنا نادم عليها . إنني أكل أمرها إلى الله ، وأرجو رحمته وعفوه ، أما عقابه فلست قلقاً من أجله ، فأنا مطمئن إلى أنه عقاب حق ، وجزاء عدل ، وقد تعودت أن أحتمل نعمة أعمالى خيراً كانت أو شراً ..... فليس يسوءني أن ألقى جزاء ما أخطأت حين يقوم الحساب »<sup>(١)</sup> .

### « تدرج الحاجات »

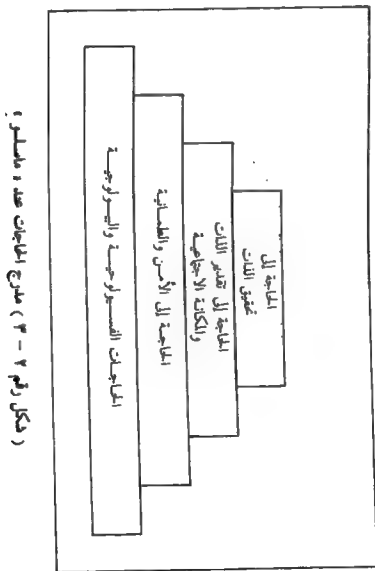
بالرغم من أهمية جميع الحاجات فمن الممكن تدرجها بحسب الضرر الناتج عن عدم إشباعها ، فنضع الحاجات العضوية أولاً ثم الحاجات غير العضوية ، لأن الحرمان من الحاجات العضوية يؤدي الإنسان أذى بليغاً - نفسياً وجسدياً - وقد يؤدي إلى الموت . أما الحرمان من الحاجات غير العضوية فيعوق النمو النفسي ولا يؤدي إلى الموت ، إلا إذا صاحبه حرمان حاجة عضوية أو أكثر . وهذا يجعل الشخص يبحث عن إشباع حاجات جسمه أولاً ، فإذا أشبعها تيبأ لأشباع حاجاته النفسية والاجتماعية .

وتأتي الحاجة إلى الأمن في مقدمة الحاجات غير العضوية ، لأن الإنسان لا يحب ولا يشعر بأنه محبوب ، ولا يعمل ويبدع ، ولا يعتمد على نفسه ، ولا يشعر بالانتماء ، ولا يقبل على العلم إلا إذا شعر بالأمن والطمأنينة . فالحاجة إلى الأمن سيده جميع الحاجات النفسية والاجتماعية ، إذا أشبعها الإنسان تيبأ لإشباع باقي حاجاته .

---

(١) سيد قطب . أفراح الروح . رسالة بحث بها إلى أمته . ونشرها جمعية الرياضيات كلية العلوم جامعة الكويت سنة ١٩٨٣ .

ويصنف ماسلو Maslow حاجات الإنسان ويرتبها في تلوج هرمي بحسب أهميتها للصحة الجسمية والنفسية . ويوضح الشكل رقم ( ٢ - ٤ ) فكرة ماسلو ( Maslow, 1954 ) ونجد في قاعدة الهرم الحاجات الفسيولوجية ( الحاجات العضوية ) التي يُعتبر إشباعها أساس حياة الإنسان ، ثم يأتي بعدها الحاجة إلى الأمن التي يُعتبر إشباعها أساس الحياة النفسية والاجتماعية ، تليها الحاجة إلى الانتماء والصحة والدين والحب المتبادل ، فالحاجة إلى الإنجاز والاعتماد على النفس وحب الاستطلاع والتقدير من الآخرين ، ثم يأتي في قمة الهرم الحاجة إلى تحقيق الذات .



ونستشف من هذا الترتيب الآتي :

١ - إشباع الحاجات الفسيولوجية عامل ضروري لتحقيق الصحة النفسية لأنه سبب الإنسان لإشباع حاجاته الأخرى ، لكنه لا يكفي وحده للصحة النفسية ، فإشباع الحاجة إلى الطعام مثلا ضروري للصحة النفسية ، لكن ليس كل شخص غير جائع متمتعاً بالصحة النفسية .

٢ - إشباع الحاجة للأمن والطمأنينة أساس في الصحة النفسية لأنه يعني أن الإنسان قد أشبع حاجاته الفسيولوجية ، ومهياً لإشباع حاجاته النفسية الأخرى . لكنه - أى الشعور بالأمن - لا يكفي وحده لتحقيق الصحة النفسية التي تتطلب مع الشعور بالأمن التدنن الحقيقي ، والحب والاعتماد على النفس ، والنجاح في العمل والدراسة والزواج .

٣ - يدل تحقيق الذات على أن الشخص قد حقق غايته ووصل إلى مراده في الحياة . ولا معنى لهذا توقف حياته بعد أن حقق ذاته . لأن هذه الحاجة من الحاجات غير العضوية ، التي تنمو بالإشباع وتضعف بالحرمان ، فإذا شعر شخص بتحقيق ذاته في عمل ، يجاهد حتى يستمر معاشاً لغايته ، قريباً من مثله العليا في الحياة .

### مبادئ إشباع الحاجات

تين من مناقشتنا أن إشباع الحاجات الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية من عوامل بقاء الإنسان ، وحفظ نوعه ، لكنه - أى الإشباع - لا ينمي الشخصية السوية ولا يحقق الصحة النفسية ، إلا إذا تم في ضوء المبادئ الآتية :

١ - إشباع الحاجات مشروع : فقد خلق الله الإنسان ، وسخر له ما في الأرض وأحل له الطيبات . قال تعالى : ﴿ يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا كُلُوا مِنْ طَيِّبَاتِ مَا رَزَقْنَاكُمْ ، وَاشْكُرُوا لِلَّهِ إِنَّكُمْ لِعَبِيدُونَ ﴾<sup>(١)</sup> ، وقال سبحانه :

---

(١) سورة البقرة آية : ١٧٢ .

﴿ يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا تُحَرِّمُوا مَا أَحَلَّ اللَّهُ لَكُمْ ، وَلَا تَعْتَدُوا إِنَّ اللَّهَ لَا يُحِبُّ الْمُعْتَدِينَ ﴾<sup>(١)</sup> . وقال أيضا : ﴿ نَسَاؤُكُمْ حَرْثٌ لَكُمْ فَأَتُوا حَرْثَكُمْ أَلَّا تُشْتَمَ ﴾<sup>(٢)</sup> .

وحث الرسول عليه الصلاة والسلام المسلمين على إشباع حاجاتهم ، لأن الحرمان منها ليس من الإسلام في شيء . فلم يقر - عليه السلام - رغبة عثمان بن مظعون في التبتل أى تحريم النساء والطيب وكل ما يتلذذ به . ورفض القضاء على الحاجة الجنسية بالخصاء ، وقال : « ليس منا من خصي أو اختصي » . وأنكر على الرجال الذين عقدوا العزم على قيام الليل ، وصيام الدهر واعتزال النساء ، فقال لهم : « أنتم الذين قلتم كذا وكذا ؟ أما والله إني لأعشاكم الله وأنقاكم له لكني أصوم وأفطر ، وأصلي وأرقد ، وأتزوج النساء . فمن رغب عن سنتي فليس مني »<sup>(٣)</sup> .

٢ - إشباع الحاجات وسيلة لا غاية : فالإنسان يشبع حاجاته ليحامي حياته ويحفظ سلالاته ، وينمي شخصيته ، وينمي مجتمعه . أى أنه يشبع حاجاته ليعيش يعبد الله ، ويعمر الأرض . وهذا ما يجعله يسيطر على حاجاته ويخضعها لإرادته ، فيشبع منها ما يفيله ، ويقمع ما يضره ولا ينفعه .

أما إذا جعل الإنسان إشباع الحاجات غاية لا وسيلة أصبح يعيش ليشبعها ، فتسيطر عليه ، وتعلم إرادته في اختيارها ، وتضعف حريته في كيفية إشباعها ، فقد يشبعها من حرام ، ويظلم نفسه ويؤذى غيره ، وتسوء صحته النفسية .

لذا دعا الإسلام المسلمين إلى تنظيم حاجاتهم ، والسيطرة عليها . فقال تعالى : ﴿ يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا تُلْهِكُمْ أَمْوَالُكُمْ وَلَا أَوْلَادُكُمْ عَنْ ذِكْرِ اللَّهِ ، وَمَنْ يَفْعَلْ ذَلِكَ فَأُولَئِكَ هُمُ الْخَاسِرُونَ ﴾<sup>(٤)</sup> وقال أيضا : ﴿ وَابْتَغِ فِيمَا آتَاكَ اللَّهُ الدَّارَ الْآخِرَةَ ، وَلَا تَنْسَ نَصِيبَكَ مِنَ الدُّنْيَا ﴾<sup>(٥)</sup> .

(١) سورة المائدة آية : ٨٧ .

(٢) سورة البقرة آية : ٢٢٣ .

(٣) متفق عليه .

(٤) سورة المنافقون آية : ٩ .

(٥) سورة القصص آية : ٧٧ .

٣ - إشباع الحاجات الصحية وقمع الحاجات غير الصحية :  
فالحاجات نوعان : حاجات صحية *Healthy needs* يساعد إشباعها على نمو الإنسان وارتقائه نفسياً وجسدياً واجتماعياً ، وحاجات غير صحية *unhealthy needs* يؤدي إشباعها إلى إبناء النفس والجسم ، وإفساد العلاقات الاجتماعية ، وهدم القيم .

والحاجات غير الصحية حاجات مكتسبة ، ينشئها الإنسان وينميا بإرادته ، ثم تسيطر عليه ، ولا يقوى على قمعها . من هذه الحاجات : الحاجة إلى الخمر ، والحاجة إلى المخدرات ، والحاجة إلى الحبوب النفسية ، والحاجة إلى الدخان وغيرها من الحاجات التي تنتج عن الإدمان أو الاعتياد النفسي السيء .

والحاجات الصحية طبيبات أحلها الله لعباده أما الحاجات غير الصحية فهي خباثت حرمها الله في التوراة والإنجيل والقرآن ، قال تعالى : ﴿ الَّذِينَ يَتَّبِعُونَ الرَّسُولَ النَّبِيَّ الْأُمِّيَّ ، الَّذِي يَجْلِسُ فِي مَكْنَزِهِمُ الْقُرْآنَ وَالْغَمْلَ ، وَيَتْلُوهُ عَلَيْهِمْ آيَاتِهِ وَيُزَكِّيهِمْ وَلَهُمْ أَلْفَافُ الْحَسَنَاتِ ، وَيُضَعِّفُهُمْ بِنُفُوهِهِمْ عَنِ الذَّنْبِ كُلِّهِمْ ، وَيَكْتُمُ لَهُمُ الصَّغِيرَاتِ وَالْكَبِيرَاتِ ، وَيُكَلِّمُهُمُ بِالْقُرْآنِ ، وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُفْلِحُونَ ﴾ (١) .

٤ - إشباع الحاجات الصحية بالخلال وعدم إشباعها بالحرام :  
فالإنسان يتعلم إشباع حاجاته ، ويكتسب السلوك الذي يحقق له الإشباع ، فإذا كان هذا السلوك مشروعاً كان الإشباع حسناً ، والعمل صالحاً للدين والدنيا ، ومفيداً للفرد والمجتمع ، يؤجر عليه صاحبه .

أما إذا كان السلوك غير مشروع كان الإشباع سيئاً ، والعمل فسقاً وفجوراً ، فيه ظلم للفرد ، وفساد للمجتمع ، وتعدى على حدود الله . قال تعالى : ﴿ أَفَمَنْ كَانَ مُؤْمِنًا كَمَنْ كَانَ فَاسِقًا ، لَا يَسْتَوُونَ . أَمَّا الَّذِينَ آمَنُوا وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ فَلَهُمْ أَجْرُهُمْ عِنْدَ رَبِّهِمْ وَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ ، وَأَمَّا الَّذِينَ فَسَقُوا فَمَأْوَاهُمُ النَّارُ كُلَّمَا أَرَادُوا أَنْ يَخْرُجُوا مِنْهَا أُعِيدُوا فِيهَا وَقِيلَ لَهُمْ ذُوقُوا عَذَابَ النَّارِ الَّتِي كُنتُمْ بِهِ تُكَذِّبُونَ ﴾ (٢) .

(١) سورة الأعراف آية : ١٥٧ .

(٢) سورة السجدة آية : ١٨ - ٢٠ .

وقد لا يتيسر للإنسان إشباع بعض حاجاته الصحية بالحلال ، لنقص في إمكانياته المادية ، فإذا كان مسيطرًا عليها أمكنه ضبطها وقمعها ، أو أجل إشباعها ، وسما بها حتى تتوفر لديه إمكانية الإشباع الحلال ، وذلك أذكى له : قال تعالى : ﴿ وَلِيَسْتَفِيفَ الَّذِينَ لَا يُجِدُونَ نِكَاحًا حَتَّى يُفْلِحَهُمُ اللَّهُ مِنْ فَضْلِهِ ﴾ (١) . وقال الرسول عليه الصلاة والسلام للشباب : « يا معشر الشباب من استطاع منكم الباءة فليتزوج ، فإنه أغض للبصر وأحصن للفرج - ومن لم يستطع فعليه بالصوم فإنه له وجاء » (٢) ، أى حماية له إذ يساعد الصوم على إضعاف الدافع إلى الحاجة الجنسية . لكن إذا كان الحرمان من إشباع الحاجة سوف يضر بالإنسان ضررا بليغا أو يودى بحياته ، فله أن يشبعها من حرام إن لم يجد غيره ، ولا إثم عليه :

قال تعالى : ﴿ فَمَنْ اضْطُرَّ غَيْرَ بَاغٍ ، وَلَا عَادٍ فَلَا إِثْمَ عَلَيْهِ إِنَّ اللَّهَ غَفُورٌ رَحِيمٌ ﴾ (٣) . ولكن ما دامت وسيلة الإشباع محرمة فهي خبيثة ، ومن ثم يجب الاقتصاد منها على الحد الأدنى الذى يرفع خطر الهلاك ، فمن تجاوز هذا الحد أو أقبل عليها رغبة فهو باغ وعاد ، وعليه الإثم طبقا لما أوضحته الآية .

٥ - **عدم الإفراط في إشباع الحاجات الصحية :** لأن الإفراط في الإشباع - مثل الحرمان منه - يؤذى الإنسان نفسيا وجسميا واجتماعيا . وقد أشرنا إلى أن النهم في الطعام يؤدى إلى التخممة والأمراض والبلادة والكسل ، والمبالغة في طلب الجنس يؤدى إلى الإباحية ، وتحلل المجتمع ، وهتك الأعراض . والإسراف في الراحة يعوق النشاط والإنجاز ، وكثرة النشاط تؤدى إلى الاجهاد والتعب والضعف .

كذلك الإسراف في إشباع الحاجات النفسية والاجتماعية يعوق نمو الشخصية ، ويؤثر تأثيرا سيفا على التضجج الاجتماعي والانفعالي . فالعطف الزائد يشعر الطفل بالتدليل ، ويفسد شخصيته ، وكثرة الثناء والمدح قد يشعر الطفل بالغرور ، واللين الزائد يحرم الطفل من اكتساب السلوك المقبول اجتماعيا ، وتلبية جميع رغبات الطفل يجعله أنانيا متمركرا حول ذاته .

١ - سورة النور آية : ٣٣ .

٢ - رواه ابن مسعود .

٣ - سورة البقرة آية : ١٧٣ .



فالإفراط في إشباع الحاجات - العضوية وغير العضوية - مثل الحرمان من إشباعها ليس من الصحة النفسية في شيء ، لأنها - أى الصحة النفسية - تقوم على إشباع هذه الحاجات بقدر مناسب ، دون إفراط أو تفريط . وفي ذلك يقول الله تعالى : ﴿ ولا تجعل يدك مغلولة إلى عنقك ولا تبسطها كل البسط فتعبد ملوماً محسوراً ﴾ (١) . ووصف سبحانه عباد الرحمن - وهم في قمة الصحة النفسية - بأنهم قوم لا يسرفون ولا يفترون على أنفسهم . قال تعالى : ﴿ والذين إذا أنفقوا لم يسرفوا ولم يقتروا وكان بين ذلك قواماً ﴾ (٢) .

٦ - لا يستطيع الإنسان إشباع جميع حاجاته في الحياة : فليس كل ما يتمناه المرء يدركه ، إما لقصور في الإمكانيات المادية والمعنوية ، فيرضى بما تسر له من نجاح ، أو لضيق في الوقت فيشبع ما يسمح به وقته ويؤجل الأخرى ، أو لتعارض حاجاته فيشبع بعضها ويترك البعض الآخر ، أو لرغبته في إعلاء بعض حاجاته فيؤجلها بعض الوقت .

وهكذا نجد أن الحياة لا تسمح للإنسان بتحقيق جميع أهدافه ، وعليه أن يوطن نفسه على ذلك ، فيثابر ويضاعف من جهوده ، ويتنوع سلوكه ، ويعمل أهدافه ، ويؤجل بعض حاجاته أو يقيمها في سبيل تحقيق أهداف أخرى أفضل منها من الناحية الدينية والاجتماعية والنفسية والجسمية . ولكي ينمو الإنسان صحيحاً نفسياً عليه أن يتعود على مواجهة الإحباط من وقت لآخر ليكتسب الخبرات . وتنمو مهاراته ، وتتنوع شخصيته ، وتتنوع أساليب توافقه مع نفسه ومع البيئة .

(١) سورة الاسراء آية : ٢٩ .

(٢) سورة الفرقان آية : ٦٧ .



## الفصل الثالث

### سيكولوجية التوافق

- تمهيد .
- تحليل عمليات التوافق .
- عوائق التوافق .
- الإحباط .
- الصراع النفسي .
- القلق .
- الحيل النفسية الدفاعية .
- تقويم التوافق .



## تمهيد

نقصد بالتوافق التحرر من تورّ الحاجة ، والشعور بالارتياح بعد تحقيق الهدف . فالشخص عندما يشعر بالجوع يتناول الطعام ، فيخف دافعه ، ويشعر بالارتياح ، وعندما يتعب يسعى إلى الحصول على قسط من الراحة . وقد يرغب في زيارة صديق فيذهب إليه ، ويلتقي به ، أو يرغب في شراء ثوب جديد فيذهب إلى السوق ويشتريه ، أو يرغب في النجاح والتفوق في الدراسة ، فيُجِدّ ويجتهد حتى يؤدي الاختبارات ويحصل على الدرجات العالية ، أو يرغب في الترقى في عمله فيثابر حتى يحصل على الترقية ، أو يرغب في إرسال خطاب إلى أهله فيكتبه ويدفع به إلى البريد . وهكذا تمضي حياة الإنسان في سلسلة من التوافقات بالليل والنهار ، بعضها توافقات بسيطة ، تتحقق أهدافه فيها بسهولة ويسر ، وبعضها الآخر توافقات صعبة تواجهه فيها العوائق ، ويتمرض للإحباط والصراع والقلق والحيل النفسية الدفاعية .

ونتناول في هذا الفصل تحليل عملية التوافق ، ثم نناقش العوائق ، وما قد ينتج عنها من إحباط وصراع وقلق وحيل نفسية دفاعية .

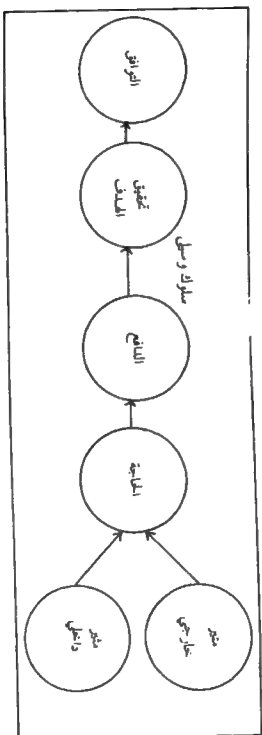
## تحليل عمليات التوافق

كل شخص منذ أن يولد إلى أن يموت الله وهو في نشاط دائم وعمل مستمر ، من أجل تحقيق أهدافه ، وإشباع حاجاته العضوية والنفسية والاجتماعية ، وعندما يصل إلى هدف تنشأ أهداف أخرى ، وعندما يشبع حاجة تظهر حاجات غيرها ، وهكذا لا يكاد يتوافق مع موقف حتى يسعى إلى التوافق مع موقف آخر .

ويختلف توافق الشخص من موقف إلى آخر بحسب خبراته السابقة بالموقف والهدف المطلوب تحقيقه ، ففي المواقف البسيطة يتوافق معها بسهولة ، لأنه يصل إلى هدفه بمجهود قليل ، وباستجابات تعود عليها ، وألف أداؤها <sup>(١)</sup> . والشكل

---

(١) يحدث التوافق السهل في مواقف كثيرة في حياتنا اليومية ، فكل شخص يستيقظ من نومه ، ويتناول الإفطار ، ويتناول الإفطار ، ويذهب إلى عمله أو إلى مدرسته ، ويعود إلى بيته ، ويوزر أصدقائه أو يذهب إلى النادي أو المسجد أو السوق ، ومشاهد التلفزيون ، ويقرأ الجريدة ، وعندما يتعب يطلبه الناس فينام ليستيقظ من جديد ، ويبدأ سلسلة من الأنشطة التوافقية لمواقف يومية جديدة وهي أنشطة تعودنا عليها وألفناها ، ونؤديها بشكل روتيني لا نشعر فيه بمجهود كبير .



(شكل رقم ٣ - ١) رسم توضيحي للترافق السهل

رقم ( ٣ - ١ ) بين رسماً توضيحياً لعملية التوافق البسيط ونجد فيه أن الحاجة التي نشأت من مثير خارجي أو داخلي أدت إلى دفع الشخص لأن يسلك فيصّل إلى هدفه مباشرة ، ويسد حاجته بدون جهد أو بمجهود بسيط .

أما المواقف التي فيها عوائق فإن الشخص يتوافق معها بصعوبة ، لأنه يحتاج إلى زيادة جهوده ، وتعديل استجاباته لإزالة العوائق من طريقه ، أو تعديل هدفه أو تبدّله حتى يستطيع تحقيقه ، وقد لا ينفع هذا ولا ذلك فيترك هدفه ، ويزيل حاجته أو يلجأ إلى الحيل النفسية الدفاعية .

والشكل رقم ( ٣ - ٢ ) يبيّن رسماً توضيحياً لعملية التوافق الصعب ، ونجد فيه أن الحاجة التي نشأت عن مثير داخلي أو خارجي دفعت الشخص ليعمل على تحقيق هدفه ، وجعله العائق يتنوع في أساليب مواجهة الموقف والتي منها :-  
١ - زيادة الجهد والتغلب على العائق .

٢ - تعديل السلوك بما يساعد على تجاوز العائق .

٣ - تعديل الهدف أو تبدّله بهدف آخر يمكن تحقيقه .

٤ - تأجيل تحقيق الهدف لحين تحسّن الظروف ، وتوفر إمكانية لإزالة العائق أو تجاوزه .

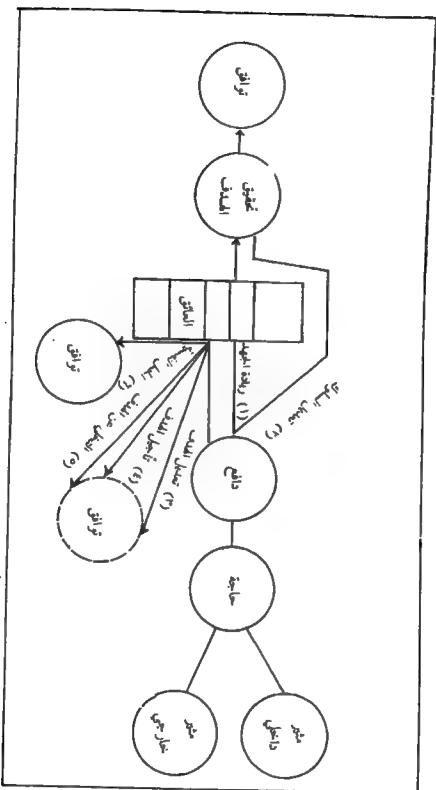
٥ - التخلي عن الهدف نهائياً بإزالة الحاجة وتخفيف النافع وقبول الأمر الواقع .

٦ - الشعور بالفشل والإحباط والقلق واللجوء إلى الحيل النفسية الدفاعية .

ولتوضيح عملية التوافق نسوق المثال التالي :-

رغب الشاب ( س ) في الزواج من الفتاة ( ص ) ، وتقدم لخطبتها ، ووافق أهله وأهلها ، وتم الزواج بدون عقبات ، أى تحقق الهدف بسهولة وبأساليب المألوفة والمتعارف عليها .

أما إذا تقدم ( س ) لخطبة ( ص ) ورفض أبوها ، هنا ظهر عائق في الموقف ، يحبس ( س ) عن تحقيق هدفه ، ويمنعه من الزواج من ( ص ) . فلو كان رفض والد ( ص ) شديداً ، ورغبة ( س ) في الزواج غير قوية ، غير ( س ) هدفه إلى زواج من فتاة أخرى تقبله أسرتها ، وأشبع رغبته في الزواج .



(شكل رقم ٣ - ٢) رسم توضيحي للتوافق الضمني



بسهولة ، وكان توافقه سهلاً وبأسلوب مألوف . أما إذا كان رفض والد ( ص ) مصاهرة ( س ) لأسباب بسيطة - عائق ضعيف - وكانت رغبة ( س ) في الزواج من ( ص ) قوية ، سعى ( س ) إلى إزالة أسباب الرفض - إزالة العائق - وتزوج ( ص ) وحقق هدفه ، وتوافق مع الموقف بعد جهد بسيط .

لكن إذا كان والد ( ص ) مصرّاً على الرفض - عائق قوى - ورغبة ( س ) في الزواج من ( ص ) قوية - دافع شديد - كان توافق ( س ) صعباً بسبب قوة العائق وشدة الدافع ، وعليه في هذه الحالة مواجهة الموقف مواجهة مباشرة إما : (١) بزيادة جهوده في الحصول على موافقة والد ( ص ) - إزالة العائق - أو (٢) الزواج من ( ص ) سرّاً بدون علم أبيها - تحايل على العائق - أو (٣) تأجيل الزواج من ( ص ) لحين زوال أسباب رفض أبيها - تأجيل الحصول على الهدف - أو (٤) الزواج من فتاة أخرى غير ( ص ) - تغيير الهدف - أو (٥) الانصراف عن الزواج نهائياً - إلغاء الهدف وقمع الحاجة ، (٦) فإذا لم ينجح ( س ) في إقناع والد ( ص ) ، وقشل في الحصول على موافقته ، وإذا لم ينجح في تعديل رغبته أو في إلغائها شعر بالإحباط ، الذي يسبب له الحسرة والألم والقلق ، وقد يدفعه إلى استعمال الحيل النفسية الدفاعية .

يتضح من هذا المثال أن التوافق يكون سهلاً في المواقف التي ليس فيها عوائق ، أو التي فيها عوائق بسيطة يسهل التغلب عليها ، أو التي فيها الرغبة في الهدف ضعيفة يمكن تعديلها أو تغييرها أو التخلي عنها . في حين يكون التوافق صعباً عندما تكون الرغبة في الهدف شديدة والعائق قوياً ، حيث يصعب التخلي عن الهدف أو تعديله أو تغييره ، ويتعذر التغلب على العائق أو - التحايل عليه . وهذا يعني أن صعوبة التوافق في موقف ما هي نتاج التفاعل بين قوة العائق وشدة الدافع .

## عوائق التوافق

نجس الإنسان عن تحقيق أهدافه ويمنعه من سباع حاجاته عوائق كثيرة ، بعضها الحلي يرجع إلى الإنسان نفسه ، وبعضها الآخر خارجي يرجع إلى البيئة التي يعيش فيها . من أهم هذه العوائق الآتي :-

١ - العوائق الجسمية : ونقصد بها بعض العاهات والتشوهات الجسمية ، ونقص الحواس التي تحول بين الفرد وأهدافه . فضعف القلب وضعف البنية قد يعوق الطالب عن مشاركة زملائه في النشاطات الرياضية والترفيهية ، وقبح المنظر قد يعوق الشخص عن الزواج وتكوين الأصدقاء ، وضعف الإبصار قد يعوق الطالب عن الإلتحاق بالكلية العسكرية وغيرها من الكليات التي تشترط سلامة الإبصار ( نجاتي ، ١٩٨٣ ) .

٢ - العوائق النفسية : ونقصد بها نقص الذكاء أو ضعف القدرات العقلية والمهارات النفسحركية psychomotor skills أو خلل في نمو الشخصية ، والتي قد تعوق - الشخص عن تحقيق أهدافه ، فقد يرغب الشخص في التفوق الدراسي ويمتعه ذكاؤه المحدود ، وقد يرغب في الإلتحاق بكلية الهندسة ويعوقه ضعفه في الرياضيات ، وقد يرغب في الإلتحاق بكلية الطب ويمنعه تحصيله الدراسي المتواضع ، وقد يرغب في أن يكون عضواً بارزاً في مجتمعه ويمنعه خجله الأرائد أو عيوب نطقه أو خوفه من مواجهة الناس .

ومن العوامل النفسية التي تعوق الشخص عن تحقيق أهدافه الصراع النفسي الذي ينشأ عن تناقض أو تعارض أهدافه ، وعدم قدرته على المفاضلة بينها واختيار أي منها في الوقت المناسب . فقد يرغب الطالب في دراسة الطب والهندسة ولا يستطيع أن يفاضل بينهما ، فيقع في صراع نفسي قد يمنعه من الإلتحاق بأي من الدراستين في الوقت المناسب . والفتاة التي يتقدم لها شخصان كل منهما جذاب ، وذو مستقبل باهر ، ولكل منهما مميزات حسنة ولا تستطيع المفاضلة بينهما ، وتعيش في صراع نفسي قد يفوت عليها الخطبة لأي منهما ، وتشعر بالفشل والإحباط ( نجاتي ، ١٩٨٣ ) .

٣ - العوائق المادية والاقتصادية : يعتبر نقص المال وعدم توفر الإمكانيات المادية عائقاً يمنع كثيراً من الناس من تحقيق أهدافهم في الحياة ، وقد يسبب لهم الشعور بالإحباط ، لذا اعتبر الإمام علي الفقر عدواً للإنسان وقال : « لو كان الفقر رجلاً لقتلته » باعتباره عائقاً قوياً يمنع الفقراء من إشباع حاجاتهم الأساسية ، ويسبب لهم الكدر والألم . ويعتبر نقص المال عائقاً يمنع كثيراً من الشباب من تحقيق أهدافهم في التعليم والزواج والعمل ، أو الحصول على المسكن والسيارة وغير ذلك .

٤ - العوائق الاجتماعية : ونقصد بالعوائق الاجتماعية القيود التي يفرضها المجتمع - في عاداته وتقاليده وقوانينه لضبط السلوك وتنظيم العلاقات - وتمنع الشخص عن تحقيق بعض أهدافه . من هذه العوائق منع الوالدين أبنائهما من إشباع بعض رغباتهم تأديباً وتربيته ، ومنع الطالب من الإلتحاق بالكلية التي يرغب فيها بسبب انخفاض معدله في الثانوية العامة .

وقد تمنع القوانين والعادات والتقاليد شأهاً من الزواج من الفتاة التي يحبها ، وقد يؤدي غلاء المهور إلى انصراف كثير من الشبان عن الزواج ، ويؤدي الموت والطلاق إلى حرمان الطفل من والديه أو أحدهما .  
العوائق والصحة النفسية :

العوائق البسيطة التي نتعرض لها في حياتنا اليومية مفيدة ، لأنها تجعل الشخص يثابر ويستمر في بذل الجهد ، وتدفعه إلى تحسين سلوكه أو تعلم سلوك جديد ، يمكنه من التغلب على العائق ، أو تجعله يغير هدفه أو يعدله أو يؤجله ، ويكتسب من هذه الإجراءات خبرات كثيرة ، تساعد على نضوج شخصيته اجتماعياً وانفعالياً ومعرفياً .

يؤيد هذا نتائج الدراسات على الأطفال المدللين ، الذين تلى جميع رغباتهم بسرعة ، وتشبع حاجاتهم بسهولة ، وتحقق طلباتهم بدون عقبات ومصاعب ، فقد تبين من هذه الدراسات أن التدليل أفسد نموهم النفسي ، وأدى إلى شعورهم بالنقص والإنكسالية ، وزكاً فيهم الكسل وعدم الرغبة في بذل الجهد ، وأضعف عندهم الحس الاجتماعي Social Sense ، وعوّدهم على الإشباع المباشر لرغباتهم ، مما أدى إلى سوء توافقهم في المدرسة ومع الأقران ، وجعلهم يشعرون بالإحباط أمام العوائق السهلة ( Adler , 1961 ) .

لنا من الضروري أن يتعود الإنسان منذ صغره على مواجهة العوائق ، حتى يدرك أن الحياة ليست سهلة ، وأن تحقيق الأهداف وإشباع الحاجات يحتاج إلى جهد ومثابرة ، وأن بعض الحاجات يمكن إشباعها والبعض الآخر يمكن تأجيله أو التخلي عنه ، ولذا يتعود على الحياة العادية ، ويُحسّن أساليبه التوافقية ، ويكتسب الخبرات التي تنمي قدراته ، وتصل شخصيته ، وبالتالي يشعر بالصحة النفسية .

ولكي يكون وجود العوائق مفيداً في عمليات التربية والتنشئة الاجتماعية في البيت والمدرسة يجب مراعاة الآتي :-

١ - مساعدة الشخص على وضع أهداف مناسبة لقدراته وإمكاناته المادية والاجتماعية ، حتى لا تكون طموحاته أعلى من قدراته وإمكاناته .

٢ - تشجيعه على مواجهة العوائق بأساليب توافقية مباشرة ، فبضعاف جهوده بثقة ، وبتنوع سلوكه ، ويُحسّن ويُعَلِّل أهدافه حتى تكون قابلة للتحقيق .

٣ - حُسْنُ إختيار العوائق التي نضعها أمام الطالب في المدرسة والطفل في البيت ، بحيث يكون معظمها قابلاً للحل ، ويمكن التغلب عليه بشيء من الجهد ، وتعلم خبرات جديدة .

ومن العوائق التي يضعها المدرس أمام تلاميذه الواجبات التي يكلفهم بها ، وأسئلة الإمتحانات التي يطلب منهم الإجابة عليها - ولكي تكون هذه العوائق مفيدة في موقف التعلم يجب ألا تكون سهلة جداً ولا صعبة جداً ، لأنَّ الأسئلة السهلة ينتج فيها الطالب بدون جهد ، ولا تدفعه لاكتساب معلومات جديدة والأسئلة الصعبة جداً تشعره بالمجز والفشل والإحباط ، أما الأسئلة المتوسطة الصعوبة فيجتازها بشيء من الجهد والمثابرة .

٤ - الأخذ بيد الطالب إذا فشل في حل سؤال أو علاج مشكلة ، حتى لا ينسحب ويهرب من الموقف أو يلجأ إلى الحيل النفسية الدفاعية . ويجب أن يكون تدخل الأب أو المدرس للمساعدة في الوقت المناسب بعد أن يكون الطالب قد حاول بنفسه حل المشكلة .

٥ - مراعاة الفروق الفردية بين الطلاب فنختار لكل طالب العوائق التي نجعله يترك تنوعها ، ويفهم أن بعضها يمكنه حله بسهولة ، وبعضها الآخر يحتاج إلى مثابرة وبذل الجهد ، وبعض ثالث منها لا يستطيع التغلب عليه ، وعليه أن يقبل تغيير أهدافه أو تعديلها أو التخلي عنها .

## الإحباط

يحدث الإحباط Frustration عندما يكون الشخص مهتماً لتحقيق هدف ومستعداً لعمل ما يوصله إليه ثم يجد عائقاً يمنعه من أداء العمل أو يعوقه عن تحقيق هدفه ( Dollard, et al, 1968 ) . فعندما يشعر الإنسان بحاجة قوية ، ويستعد لتحقيق ما يشبعها ، فإن مُنع من ذلك شعر بالتوتر والضغط ، وإذا لم يستطع إزالة العائق بالأساليب التوافقية المباشرة ، واستمرت رغبته قوية في الهدف ، زاد توتره وضيقه وشعر بالألم . والحسرة ، وأدرك العجز والفشل وحط من قدر نفسه Self Evaluation وانتابه القلق .

فالإحباط مجموعة مشاعر مؤلمة <sup>(١)</sup> تنتج عن عجز الإنسان عن الوصول إلى هدف ضروري لإشباع حاجة ملحة عنده .  
عتبة الإحباط :

يختلف الناس في الشعور بالإحباط وفي القدرة على تحمله بحسب عتبة الإحباط Frustration Threshold التي توجد عندهم بدرجات متفاوتة ( Maier , 1959 ) فهي موجودة عند بعضهم بدرجات منخفضة أو منخفضة جداً ، وعند البعض الآخر بدرجات متوسطة أو عالية .

فالشخص ذو عتبة الإحباط المنخفضة يشعر بالإحباط بسرعة ويدركه في مواقف كثيرة ، قد لا تسبب الإحباط لكثير من الناس ، ولا يقدر هذا الشخص على تحمل مشاعر الإحباط ولا يتخطاها بسهولة ، ويستسهل اللجوء إلى الحيل النفسية الدفاعية لتخفيف هذه المشاعر ، وقد يستغرق في حيله فترات طويلة ويكتفي بتخفيف مشاعر الإحباط ، ولا يواجه أسبابها مواجهة حقيقية .

---

(١) من المشاعر المؤلمة في موقف الإحباط التوتر والكدر والقلق والشعور بالذنب والشعور بالعجز والدونية .

أما الشخص ذو عتبة الإحباط المتوسطة أو العالية لا يشعر بالإحباط إلا في المواقف الصعبة التي فيها عوائق شديدة ، ويقدر على تحمل مشاعر الإحباط ، ويتخطاها بسهولة ، ولا تمنعه من مواجهة العوائق بأساليب مباشرة ، ولا يلجأ إلى الحيل النفسية الدفاعية بسرعة ، وإذا لجأ إليها لا يستغرق فيها فترة طويلة ، إذ سرعان ما يعود إلى مواجهة العوائق بأساليب مباشرة ويحسن من إستجاباته ويُعَدِّل من أهدافه حتى يمكن تحقيقها أو التخلي عنها .

ويتحدد مستوى عتبة الإحباط عند الإنسان من التفاعل بين معطياته الفطرية وظروف نشأته الإجتماعية خاصة في مرحلة الطفولة ، فكل شخص - كما يقول ايزنك - عنده درجة ما من الاستعداد الفطري للشعور بالإحباط - Genetically Tendency to Frustration ثم تأتي الظروف البيئية فتتِمُّ هذا الاستعداد (١) أو لا تنميه ( Eysenck , 1965 ) . ففي الظروف البيئية السيئة التي يشعر فيها الشخص بالحرمان والقسوة والنكد ينمو الاستعداد للشعور بالإحباط وتنخفض عتبة الإحباط ، فيشعر به بسرعة ولا يقدر على تحمله ، أما في الظروف البيئية الحسنة التي يشعر فيها الشخص بالأمن والطمأنينة والتقبل ، ويحصل على إشباع لمعظم حاجاته الجسمية والنفسية والاجتماعية لا ينمو عنده الاستعداد للشعور بالإحباط ، وترتفع عنده عتبة الإحباط ، فلا يشعر به إلا في المواقف الصعبة ، ويقدر على تحمله ومواجهته بأساليب إيجابية فعالة .

ونخلص من هذا إلى أن درجة الإحباط والقدرة على تحمله في موقف ما تحددها خمسة عوامل رئيسية هي : ١ - مستوى عتبة الإحباط . ٢ - قوة العائق . ٣ - شدة الرغبة في الهدف . ٤ - عدم وجود هدف بديل . ٥ - خبرات الإحباط السابقة .

ويُعتبر مستوى عتبة الإحباط أهم هذه العوامل لأنها هي التي تحدد قوة العائق ، وشدة الرغبة في الهدف ، وهي التي تعكس خبرات الإحباط السابقة .

---

(١) العلاقة بين الاستعداد للإحباط وعتبة الإحباط علاقة عكسية فإذا ارتفع الاستعداد انخفضت العتبة وإذا انخفض الاستعداد ارتفعت العتبة .

## نتائج الإحباط :

اختلف الباحثون في تحديد استجابة الإنسان للإحباط ، فافترض بعضهم أن الإحباط يؤدي إلى العدوان، وافترض آخرون أن الإحباط يؤدي إلى النكوص وافترض غيرهم أن الإحباط يؤدي إلى أنماط سلوكية مختلفة . وناقش فيما يلي هذه الفروض الثلاثة في ضوء نتائج الدراسات التي أجريت للتحقق من صحتها :

١ - الإحباط يؤدي إلى العدوان : فقد بحث دولارد وزملاؤه - بقسم علم النفس بجامعة أيوا الأمريكية - علاقة الإحباط بالعدوان وبعد عشرين سنة من البحث والتقصي تبين لهم أنه حيثما يحدث الإحباط يظهر العدوان ، فالإحباط يسبق العدوان والعدوان يتبع الإحباط دائماً ، فافترضوا أن الإحباط يؤدي إلى العدوان، وأشاروا . في نظرية الإحباط - العدوان Frustration - Aggression Theory إلى أن الإحباط سبب للعدوان والعدوان نتيجة للإحباط<sup>(١)</sup> .

فعندما يحبط الإنسان تتولد عنده الرغبة في العدوان على مصدر الإحباط ، وهذا يعني أن العدوان إستجابة فطرية Innate Response للإحباط ، أو هو أسلوب عادي للتوافق في مواقف الإحباط والتوتر والقلق ( Dollard, et al., 1968 ) .

ومن فروض هذه النظرية الآتي :-

( أ ) يؤدي الإحباط إلى صور مختلفة من العدوان، فحيثما وجد إحباط ظهر العدوان بدرجة ما . فالعدوان يتبع الإحباط دائماً ويأخذ أشكالاً عديدة منها الصريح ومنها غير الصريح .

(ب) يتوقف مقدار العدوان المثار Instigation Aggression على درجة الإحباط ، فكلما زاد الشعور بالإحباط زادت الرغبة في العدوان واشتد السلوك العدواني .

---

(١) أرجع بعض الباحثين زيادة معدلات الجريمة والمجنح عند أبناء المناطق المتخلفة وأبناء الأسر الفقيرة والأسر الكبيرة الحجم إلى ما يعانونه من إحباط في إشباع حاجاتهم بسبب الفقر الذي يحرقهم عن إشباع حاجاتهم الجنسية ، وسوء المعاملة والنزاع من الوالدين الذي يحرمهم من الأمن والطمأنينة ، والقتل في الدراسة الذي يحرمهم من الحصول على الكفاءة الاجتماعية ومن الشعور بتقدير الذات .

فمنع الشخص من تحقيق هدف مهم بالنسبة له يثير فيه الرغبة في العدوان أكثر من منعه من تحقيق هدف غير مهم حيث تعتبر شدة الرغبة في الهدف المحيط مسئولة إلى حد كبير عن إثارة العدوان .

(ج) يؤدي العدوان على مصدر الإحباط إلى تفريغ الطاقة النفسية ، ويخفف إثارة العدوان ، فيعود التوازن الداخلي . وهذا يعني أن التخلص من الطاقة العدائية لا يكون إلا بالعدوان الفعلي على مصدر الإحباط .

(د) زيادة الرغبة في العدوان على مصدر الإحباط يضعف الرغبة في الأعمال غير العدائية ، لأن تصريف الطاقة النفسية في العدوان يقلل الطاقة النفسية المرتبطة بالواقف غير العدائية ، مما يضعف الرغبة في التعاون مع الآخرين، حيث يلاحظ عدم رغبة الشخص المحيط في التعاون مع غيره .

(هـ) قد يكبت الشخص عدوانه ولا يفصح عنه إذا أدرك أنه إذا اعتدى إنتقم منه بعدوان أشد . ولا يعني كبت العدوان التخلص منه بقدر ما يعني أن السلوك العدواني قد قُنع أو أخذ أشكالاً جديدة لا تعرض صاحبها للإنتقام منه . فقد لا يعتدى الشخص على مصدر إحباطه ، ويعتدى على مصادر أخرى أو يعتدى على نفسه ، إذا اعتبرها مسؤولة عما حدث له من إحباط فيلومها بدلاً من أن يلوم الآخرين .

وتوجيه العدوان إلى الذات ضار بالصحة النفسية ، خاصة إذا اشتد لوم الذات وتحقيرها ، وقد يحكم الشخص عليها بالموت ويُقَدِّم على الانتحار . وهذا ما يحدث عند بعض حالات الفصام والاكئاب التي تبالغ في الحط من قدر ذواتها ، وتقسو عليها ، وتعمل على تعذيبها وقتلها .

(و) إذا مُنع الشخص المحيط من التعبير عن عدوانه شعر بإحباط جديد ، لأن منع العدوان يعتبر إحباطاً يزيد الإثارة والتوتر ، وينمي الرغبة في العدوان ، فيشتد إلحاحها ، مما يجعل الشخص مهياً للعدوان الصريح أو غير الصريح لأية إثارة بسيطة من البيئة .

(ز) قد يقع الشخص في صراع بسبب الإحباط إذا تساوت رغبته في العدوان على مصدر الإحباط مع رغبته في كبت هذا العدوان ، ويحل هذا الصراع عادة بتغليب إحدى الرغبتين على الأخرى ، فإذا لم يستطع شعر بإحباط جديد .



ومن الملاحظ أن نظرية « الإحباط - العنوان » أصابت في تفسير العنوان الناتج عن الإحباط . فقد تبين صدق بعض فروضها في دراسات كثيرة ، أشارت نتائجها إلى أن العنوان يظهر في بعض مواقف الإحباط .

لكن مما يؤخذ على هذه النظرية ربطها بين الإحباط والعنوان على أساس العلة والمعلول ، وافترضها أن الإحباط سبب للعنوان ، وإرجاعها كل عنوان إلى الإحباط . فقد تبين من دراسات كثيرة أن العنوان لا يتبع الإحباط دائماً . فالشخص قد يعتدى بعد الإحباط المتعمد ولا يعتدى بعد الإحباط غير المتعمد . فمثلاً إذا كان أحمد على وشك الإنتهاء من كتابة تقرير هام ، استغرق منه وقتاً طويلاً وجهداً كبيراً ، ثم جاء عصام وسكب كوب ماء على التقرير أتلف أوراقه ، شعر أحمد بالإحباط ، عندئذ تظهر رغبته في العنوان على عصام إذا أدرك أن عصام تعمد سكب الماء قاصداً إتلاف التقرير ، أما إذا أدرك أن الماء سكب من عصام دون قصد منه ، فإنه يتقبل الإحباط ويتحمله ولا يظهر العنوان . وهذا يعني أن الإحباط لا يؤدي إلى العنوان في جميع الأحوال .

كما تبين من دراسات أخرى أن الإنسان قد يُحبط ولا يعتدى ، وقد يعتدى بدون إحباط ، فقد لا يعتدى الشخص المحبط إذا خاف من الإنتقام ، أو إذا لم يستطع تحديد مصدر إحباطه ، أو إذا غيّر أهدافه بأهداف أخرى . في حين يعتدى قاطع الطريق على المارة وهم لم يسيبوا له الإحباط . مما يدل على أن الإحباط ليس سبباً للعنوان ، وليس العنوان نتيجة للإحباط في كل الأحوال كما زعمت نظرية « الإحباط - العنوان » ( مرسى ، ١٩٨٣ ) .

وهذا ما جعلنا نرفض العلاقة السببية بين الإحباط والعنوان ، ونفق مع بركويتز Birqueets على أن الإحباط إما أن يؤدي إلى الغضب أو لا يؤدي إليه بحسب تفسير الشخص المحبط لموقف الإحباط . فإذا غضب أصبح مهيباً للعنوان فإن أنس في نفسه القدرة على العنوان ، وأمن عدم الإنتقام منه اعتدى علواناً صريحاً ، أما إذا خاف الإنتقام لجأ إلى العنوان الضمني غير الصريح . فالعلاقة بين الإحباط والعنوان علاقة معقدة وليست علاقة علة بمعلول .

٢ - الإحباط يؤدي إلى الكوص : فقد بحث بورك ودمبو وليفين Borker, Dembo & Lewin سلوك الإنسان في مواقف الإحباط ووجدوا أنه

سلوك غير ناضج ، فيه ارتداد إلى أساليب توافقية سابقة غير مناسبة ، فوضوا نظرية « الإحباط - النكوص » Frustration - Regrsson Theory ، افترضوا فيها أن الإحباط يؤدي إلى النكوص في السلوك ، والتدهور في التفكير والارتداد إلى أساليب سلوكية غير ناضجة . فعندما يحبط الشخص يشعر بالتوتر والضيق والكلر ، ويتدهور تفاعله الاجتماعي ، ويرفض التعاون ، ويقل إقباله على الأعمال البناءة ، ويضعف فهمه للموقف ، وينقلب تفكيره ، ويلجأ إلى أساليب توافقية غير مناسبة لسنه ولا للموقف ( Davitz, 1968 ) .

وقد أيدت دراسات صحة فروض هذه النظرية ، لكن مما يؤخذ عليها أن الإحباط لا يؤدي إلى النكوص والارتداد عند جميع الناس ، فبعض الأشخاص يستجيبون للإحباط بالنكوص وبعضهم الآخر لا يلجأون إلى هذا السلوك ، كما أن الشخص لا يستجيب للإحباط بالنكوص في جميع المواقف ، ففي بعض المواقف يظهر النكوص وفي بعضها الآخر يظهر عكس النكوص ، فيقدم ويثابر ويزيد من جهوده حتى يحقق أهدافه ويتخطى العقبات ، وهذا ما يجعل نظرية « الإحباط - النكوص » ليست أحسن من نظرية « الإحباط - العدوان » في التنبؤ بسلوك الشخص المحبط . فكلاهما فسر نوعاً واحداً من السلوك ينتج عن الإحباط ، فالإحباط قد يؤدي إلى العدوان أو إلى النكوص ، وقد لا يؤدي إلى أي منهما ، ويؤدي إلى سلوكيات أخرى .

٣ - الإحباط يؤدي إلى أنماط سلوكية مختلفة : من الملاحظ في حياتنا اليومية أن استجابة الناس للإحباط تختلف من شخص إلى آخر ، وتختلف عند الشخص الواحد من موقف إلى آخر . وهذا ما يجعلنا نفترض مع كثير من الباحثين أن الإحباط يؤدي إلى استجابات كثيرة ، فقد يؤدي إلى المتابعة وبذل الجهد ، أو إلى تغيير الهدف وتعديل السلوك ، أو إلى الغضب والعدوان ، أو إلى النكوص وتقكك السلوك ، أو إلى أعراض نفسجسمية مثل القيء والصداع والإسهال ، أو إلى اللامبالاة والتخلي عن الهدف ، أو إلى القلق والتوتر والحيل النفسية الدفاعية .

ومن الصعب التنبؤ بسلوك الإنسان بعد الإحباط Post-frustion لأن استجابته تتوقف على تفاعله مع موقف الإحباط ، وهذا التفاعل لا يمكن تحديده لأنه يحدث داخل الإنسان ، ولا توجد الأشعة السينية التي تمكننا من الكشف عنه .

ومع هذا يمكن تحديد بعض العوامل التي تؤثر على استجابة الشخص للإحباط وتجعلنا نتوقع الإستجابة المحتملة في هذا الموقف . من هذه العوامل الآتي :

( أ ) الحالة الصحية العامة : فالشخص القوي يحتمل أن يظهر العدوان أكثر من الضعيف ، والشخص الضعيف يحتمل أن يظهر التكوص والإنسحاب وعدم النضوج أكثر من الشخص القوي .

( ب ) سمات الشخصية : الشخص الانبساطي يحتمل أن يظهر العدوان أكثر من الانطوائي ، والشخص الانطوائي يحتمل أن يظهر التكوص والعدوان غير الصريح أكثر من الانبساطي .

( ج ) الخبرات السابقة : الشخص الذي يشعر بالنيل وعدم التقبل يحتمل أن يستجيب للإحباط بالعدوان الصريح وغير الصريح أكثر من الشخص الذي يشعر بالتقبل والحب من الآخرين . ففي دراسة على ٤٠ طفلاً في سن من ٧ - ٩ سنوات قسموا إلى عشر مجموعات متجانسة في السن والجنس ، ودربت خمس مجموعات منها تحت ظروف إظهار العدوان ، والخمس الباقية تحت ظروف إظهار التعاون ، ثم تعرضت المجموعات العشر للإحباط ، فأظهرت المجموعات الخمس الأولى العدوان أكثر من المجموعات الخمس الأخرى ( Davitz, 1968 ) .

( د ) الجنس : يحتمل أن تظهر البنت التكوص والإنسحاب وعدم النضج أكثر من الولد في حين يحتمل أن يظهر الولد العدوان الصريح وغير الصريح أكثر من البنت في مواقف الإحباط .

( هـ ) عتبة الإحباط : الشخص الذي يستطيع تحمل الإحباط ( عتبة الإحباط عالية ) يحتمل أن يظهر المثابرة وبذل الجهد ومواجهة الموقف بسلوك إيجابي بناء أكثر من الشخص الذي لا يحتمل من الإحباط إلا قدراً بسيطاً ( عتبة الإحباط منخفضة ) .

( و ) تفسير الموقف : الشخص الذي يدرك أن إحباطه مقصود ومتعمد يحتمل أن يظهر العدوان الصريح وغير الصريح أكثر من الشخص الذي يدرك أن إحباطه غير مقصود . كما أن الشخص الذي يتوقع الإنتقام منه إن اعتدى يحتمل أن

يظهر العدوان غير الصريح أو يظهر النكوص . فمن دراسة لمورر Mowrer على طفل كان يعض ويضرب ويشد شعر الآخرين ، وعندما عوقب بشدة كبت عدوانه ، ورفض حتى قضم الأطعمة الصلبة ( Dollard et al., 1968 ) .

( ز ) شدة الرغبة في الهدف : الشخص الذي يحبط في تحقيق أهداف أساسية وضرورية بالنسبة له يحتمل أن يظهر المثابرة والاستمرار في بذل الجهد والعدوان أكثر من الشخص الذي يحبط في تحقيق أهداف ليست ضرورية بالنسبة له .

( ح ) الحالة المزاجية : الشخص الغاضب يحتمل أن يظهر العدوان الصريح أكثر من الشخص الخائف ، والشخص الخائف يحتمل أن يظهر النكوص والارتداد والتثيت والانسحاب أكثر من الشخص الغاضب .

#### علاقة الإحباط بالصحة النفسية :

تختلف علاقة الإحباط بالصحة النفسية بحسب مستوى الإحباط ومرات حدوثه، فعندما يتعرض الشخص للإحباط الخفيف<sup>(١)</sup> Mild Frustration يزيد جهده ، ويتأثر من أجل إزالة العائق والتحايل عليه ، أو يعدل أهدافه أو يؤجلها أو يغيرها بأهداف يمكنه تحقيقها . وهذا المستوى من الإحباط مفيد من وجهة نظر الصحة النفسية ، لأنه يدفع الشخص إلى تنمية قدراته ، وتحسين استجاباته وأساليب توافقه ، ويشجعه على اكتساب الخبرات الجديدة ، ويساعده على تنمية الحاجة للإنجاز والمثابرة والثقة بالنفس ، وكلها سمات طيبة في الشخصية نحرص على تنميتها عند أبنائنا .

يضاف إلى هذا أن نجاح الشخص في تحقيق أهدافه بعد جهد ومثابرة يُتممه ويُرضيه نفسياً أكثر من تحقيقها بسهولة ويسر ، لأن المثابرة على بذل الجهد فيها تحد لقدراته ، وإثبات لكفاءته ، واكتساب للخبرات الجديدة .

من هنا يتفق علماء الصحة النفسية على ضرورة تعويد أطفالنا من الصغر على تحمّل الإحباط ، ومواجهة العوائق والصعوبات بأساليب مباشرة بناءة ،

---

(١) نقصد بالإحباط الخفيف الإحباط الذي يحتمله الشخص ويستطيع التخلص منه بشيء من الجهد ، ولا يؤدي إلى القلق والحط من قدر الذات والميل النفسية الدفاعية .

وتدربهم على تحقيق أهدافهم بالجد والاجتهاد والمثابرة ، وعلى تأجيل إشباع بعض حاجاتهم وتعديل بعض أهدافهم ، أو تغييرها بما يناسب قدراتهم وإمكاناتهم ، حتى ترتفع « عتبة الإحباط » عندهم ، وتنضج شخصيتهم وتحسن قدراتهم وأساليب توافقهم .

ويعتبر التعرض للإحباط الشديد Severe Frustration في بعض الأحيان أمراً عادياً في الحياة اليومية لا يضر بالصحة النفسية ، لأن الإنسان العادي لا يستطيع إشباع جميع رغباته ، ولا تحقيق كل أهدافه في الحياة ، فيشعر بالإحباط والقلق ، ويلجأ للحيل النفسية الدفاعية من آن إلى آخر . وهذا أمر طبيعي يجب أن نوطن أنفسنا عليه .

أما التعرض للإحباط الشديد مرات كثيرة فضرار بالصحة النفسية ، خاصة إذا تكرر الإحباط في مرحلة الطفولة ، وكانت الأهداف المحبطة ضرورية لنمو الشخص جسدياً أو نفسياً . فقد تبين من دراسات كثيرة أن نسبة كبيرة من الأطفال الذين تكرر تعرضهم للحرمان والقسوة والنبد من الوالدين ، يعانون من مشاكل نفسية كثيرة ( مرسى ، ١٩٨٢ ) . وتبين من دراسات أخرى أن الجامحين والمجرمين والمضطربين نفسياً وعقلياً تكرر تعرضهم للإحباط الشديد خاصة في مرحلة الطفولة ( مرسى ، ١٩٧٨ ) .

ونخلص من مناقشة الإحباط ونتائجها إلى أن تعرض الإنسان للإحباط واقع لا محالة ، فلا يوجد شخص لم يتعرض قط للإحباط . لذا تعتبر القدرة على تحمل الإحباط من علامات الصحة النفسية يجب أن ننمينا عند أطفالنا .

والشعور بالإحباط مسألة نسبية تختلف من شخص إلى آخر ، فقد يشعر شخص بإحباط خفيف في موقف بينما يشعر شخص آخر بإحباط شديد في نفس الموقف وذلك لاختلاف إدراكهم للموقف وتفسيرهم للإحباط .

وشعور الشخص بالإحباط الخفيف يفيد في تنمية قدراته ، وتحسين أساليب توافقاته ، ويدفعه إلى اكتساب الخبرات الجديدة التي تساعده على نضوج شخصيته ، كما أن الحصول على الهدف بصعوبة تجعله أكثر جاذبية وأفضل قيمة .

أما تكرار شعور الشخص بالإحباط الشديد - خاصة في مرحلة الطفولة - يؤديه نفسياً واجتماعياً وجسدياً ، ويعتبر عاملاً أساسياً لإنعدام صحته النفسية ونشوء الانحرافات السلوكية والاضطرابات النفسية والعقلية .

لذا كان من الضروري أن تحمي الأسرة أطفالها من تكرار التعرض للإحباط الشديد ، وأن يقي المجتمع أفرادها من التعرض للحرمان من إشباع حاجاتهم الأساسية . فالشعور بالحرمان ظلم عظيم وفي الظلم إحباط شديد للمظلومين . ومن عوامل الوقاية من الشعور بالإحباط في البيت والمدرسة والمجتمع الآتي :

١ - تنمية الشعور بالرضا عند كل شخص حتى يقبل بما قسمه الله له من الرزق والصحة والذكاء والجمال ، ومعاونته على وضع أهداف مناسبة لقدراته وإمكاناته وظروفه ، وتشجيعه على المثابرة وبذل الجهد في تحقيقها .

٢ - توعية الإنسان على الأخذ بالأسباب والصبر على البلاء وعدم اليأس والفتن ، فإذا عمل من أجل هدف وفشل في تحقيقه صبر وتحمل الفشل ، وسعى من جديد من أجل تحويل الفشل إلى نجاح في نفس المجال أو في مجالات أخرى ، ولسان حاله يقول « عليّ أن أسعى وإدراك النجاح من فضل الله الذي لا يضيع أجر من أحسن عملاً » . فإذا نجح شكر صاحب الفضل ، وإذا فشل صبر وهو يعلم أن أحداً لن يخرج من هذه الدنيا حتى يستكمل رزقه ، ولن يصيبه إلا ما كتبه الله له .

٣ - مساعدة الأسر الفقيرة على توفير حاجات أفرادها لكي لا يتعرضوا للإحباط الشديد ، الذي يهدد حياتهم ، ويذهب أمنهم ويشعرهم بالآلام نفسية وجسمية لا يقبل لهم بها . ولعلنا في ذلك ندرك حكمة الله في فرض الزكاة التي جعلها حقاً للسائل والمحروم والمساكين والفقير وابن السبيل وغيرهم من المحتاجين ، لحمايتهم من الإحباط ، وما ينتج عنه من قلق وعداوة وبغضاء تُشقي الفرد وتفسد المجتمع .

٤ - إرشاد الآباء إلى كيفية معاملة أبنائهم ، وحسن رعايتهم ووقايتهم من التدليل والإهمال والنبد والقسوة التي قد تعوق نمو عتبة الإحباط عندهم .

٥ - العناية بالتلاميذ المتأخرين دراسياً والشباب العاطلين عن العمل ، وتوجيههم مهنيّاً إلى التدريب المناسب في الوقت المناسب ، لأن الفشل في الدراسة والتعطّل عن العمل يسببان الإحباط الذي قد يدفعهم إلى الانحراف بحثاً عن النجاح في مجالات ضارة .

٦ - تعويد أطفالنا في البيت والمدرسة على تحمل الإحباط ومواجهة الصعاب بصدر رحب ، وعلى الصبر والمثابرة وضبط النفس والتفائل في علاج المشكلات. كما يجب علينا - آباء ومدرسين - تشجيع تلاميذنا على حل مشكلاتهم بأنفسهم ، وأن نأخذ بأيديهم إذا فشلوا ، ونُبين لهم أن المحاولة وبذل الجهد أفضل من الغضب أو الكوص في مواجهة مثل هذه المشكلات .

٧ - عدم إهانة الأطفال الفاشلين وعدم تحقيرهم خاصة إذا كانت أسباب فشلهم خارجة عن إرادتهم ، ويجب الأخذ بأيديهم، وإبراز نجاحاتهم ومساعدتهم على وضع أهداف مناسبة لقدراتهم وإمكاناتهم حتى يتقوا في أنفسهم .

## الصراع النفسي

إذا رغب شخص في تحقيق هدفين مختلفين ، ووجد أن حصوله على أحدهما يمنعه من الآخر ، فاضل بين الهدفين واختار أحدهما ، وتغلب عن الآخر ، وتوافق مع الموقف بصورة إيجابية بناءة .

ولكن لا تتم هذه المفاضلة في كثير من الأحيان بسهولة حيث يتعذر اتخاذ قرار الاختيار بين الأهداف ، ويستمر الشخص مشلولاً إلى الهدفين بنفس القوة ، فيقع في صراع نفسي ، ويشعر بالتوتر والضيق . فمثلاً إذا رشح شخص لوظيفتين لكل منهما مزايا وعيوب ، ورغب في الحصول على مزايا الوظيفتين وتجنب عيوبهما . بطبيعة الحال لا يستطيع تحقيق ذلك لأنه إذا اختار الوظيفة الأولى حصل على عيوبها وخسر مزايا الثانية ، وإذا اختار الثانية حصل على عيوبها وخسر مزايا الأولى . وهكذا لا يستطيع اختيار أى منهما ، ويعيش في صراع بسبب عجزه عن اتخاذ قرار التفضيل .

فالصراع النفسي حالة نفسية يشعر فيها الشخص بالتوتر والضيق والكلر عندما يكون مشلولاً في وقت واحد بقوتين تعملان في اتجاهين متضادين أو متعارضين أو مختلفين ( مغاريوس ، ١٩٧٤ ) . مما يجعله عاجزاً عن التحرك في أى منهما إلا إذا غلب إحدى القوتين على الأخرى ، وحل الصراع في اتجاه القوة الأعظم . أما إذا تعادلت القوتان ، استمر الشعور بالعجز عن اتخاذ القرار وعانى من ضغوط نفسية وإرهاق عصبي وتوتر وضيق .

ومن حالات الصراع الشائعة صراع المراهق بسبب رغبته في الإنكالية أو الإعتماد على النفس ، وصراع الفتاة بسبب رغبته في أن تكون زوجة وأماً أو تكون موظفة وعانساً ، وصراع الموظف بسبب رغبته في أن يسافر للدراسة أو أن يحصل على مركز أفضل في عمله ، وصراع الطفل بسبب رغبته في إرضاء أبيه أو إرضاء أمه إذا كانت طاعته لأحدهما سوف تغضب الآخر ، وصراع الزوجة بسبب رغبته في أن تكون مع زوجها أو أن تكون مع أمها إذا كان وجودها مع زوجها سيحرمها من الوجود مع أمها والعكس .

ولإدراك الصراع والقدرة على تحمله مسألة نسبية تختلف من شخص إلى آخر ، ومن الملاحظ أن الأشخاص الناضجين الواقفين من أنفسهم قادرون على التحكم في حاجاتهم ودوافعهم والتوفيق بينها ، مما يجعلهم لا يدركون الصراع إلا في مواقف قليلة ، وإذا عاشوا في صراع فإنهم قادرون على تحمله وحله بسرعة بدون توتر أو قلق . أما الأشخاص غير الناضجين نفسياً واجتماعياً فهم عرضة لتناقض الدوافع وتعارض الأهداف ، مما يجعلهم يعيشون في صراعات نفسية كثيرة ، ويشعرون بالتوتر والقلق ويلجأون إلى الحيل النفسية الدفاعية ، وقد ينهارون ويصابون بالاضطرابات النفسية .

ومن علامات الصراع التذبذب والتردد في اتخاذ القرارات ، وطلب النصيحة من الآخرين ، وتعارض الاستجابات أو تناقضها ، وعدم الرغبة في المبادأة والتوتر والقشعريرة والأرق ، والنوم المتقطع ، وعدم الرغبة في الإنجاز وانخفاض الطموح .

### حل الصراع :

أشرنا في الفصل الأول إلى أشكال الصراع الأربعة الرئيسية<sup>(١)</sup> وهي :-

Approach-avoidance Conflict	صراع إقدام - إحجام
Double approach Conflict	صراع إقدام - إقدام
Double approach Conflict	صراع إحجام - إحجام
Double approach-avoidance conflict	صراع إقدام - إحجام مزدوج

(١) أشرنا إلى تعريف أشكال الصراع في الفصل الأول .



وقد تبين من الدراسات أن صراع إقدام - إقدام وصراع إحجام - إحجام من أشكال الصراع البسيطة التي يمكن حلها بسهولة ، فحل صراع « إقدام - إقدام » يكون بمساعدة الشخص على تفضيل أحد الهدفين والتخلي عن الهدف الآخر ، وذلك بإبراز محاسنه أكثر من غيره . وكذلك حل صراع « إحجام - إحجام » يكون بمساعدة الشخص على الهروب من الموقف ، فمثلاً الطالب كبير السن الذي لا يرغب في المذاكرة وفي نفس الوقت يخاف من الرسوب ، فإذا وجهناه إلى التدريب المهني أو العمل، نخلص من الصراع . وقد يُحل هذا النوع من الصراع بتقليل مساوئ أحد الهدفين ، وزيادة مساوئ الهدف الآخر ، وتشجيع الشخص على تحمل مساوئ الهدف الأقل ضرراً وتجنب الأكثر ضرراً . فمثلاً الطالب الذي لا يحب المذاكرة وفي الوقت نفسه يخاف من الرسوب ، من الممكن حل هذا الصراع بتربيته في الدراسة ، وتمهين ظروف المذاكرة في البيت والمدرسة ، ونبين له أن الإنسان قد يؤدي أعمالاً بدون رغبته وفيها خير له في المستقبل ، فمن جلس صغيراً حيث يكره جلس كبيراً حيث يحب ، ومن جلس صغيراً حيث يحب جلس كبيراً حيث يكره .

أما صراع « إقدام - إحجام » فهو أكثر أشكال الصراع شيوعاً ، وأصعبها حلاً ، خاصة إذا تعددت اختيارات الإقدام والإحجام ، لأن هذا النوع من الصراع ينشأ عندما يحمل الشخص تناقضاً وجدانياً تجاه موضوع أو موقف أو شخص ما ، كأن يحبه ويخافه ، أو يرغب فيه ويكرهه في وقت واحد ، ويزداد هذا الصراع حدة بحسب شدة التناقض الوجداني حول الهدف أو الموضوع أو الموقف .

ويحل صراع « إقدام - إحجام » بعلاج ما يعانيه الشخص من تناقض وجداني حول الموضوع ، وهذا ليس بالأمر السهل في كثير من الأحيان . ويتبع في ذلك إما زيادة المحاسن وتقليل العيوب ، فتقوى الرغبة في الهدف ويقدم عليه أو زيادة عيوبه وتقليل محاسنه ، فتضعف الرغبة فيه ويحجم عنه . فمثلاً الشخص الذي يرغب في عمل ما لما يحققه من مرتب ومميزات ، لكنه في نفس الوقت يكرهه لما فيه من أخطار ، يمكن علاج هذا التناقض بإبراز محاسن العمل أكثر من عيوبه فيقدم عليه ، أو إبراز عيوبه ومخاطره فيحجم عنه . كذلك الطالب الذي يرغب في النجاح ويخاف من الامتحانات ، يحل صراعه بتحسين ظروف

الاختبارات وتقليل ما فيها من توترات و رهبة ، فيقبل عليها ويحقق النجاح ، والطفل الذى يحب السباحة ويغف الماء ، يحل صراعه بتخصيص المكافآت والجوائز لتعلم السباحة فيقبل عليها ويتغلب على مخاوفه ، والشاب الذى يرغب فى أن يكون محامياً ولكنه يخاف من مواجهة الناس ، يُعالج صراعه بتدريبه على التحدث أمام مجموعات صغيرة ثم أمام الفصل ثم فى حفلة ، حتى يتغلب على هذا الخوف ويقدم على عمل المحاماة .

### الصراع والصحة النفسية :

الشعور بالصراع أمر عادى يتعرض له كل إنسان من آن إلى آخر فى حياته اليومية ، لذا كانت القدرة على تحمل الصراع والقدرة على حله من علامات الصحة النفسية . فالشخص المتمتع بصحة نفسية قادر على تحمل الصراع وحله فى الوقت المناسب بأساليب توافقية بناءة .

ولكن ليس كل شعور بالصراع محمود ، فقد تبين من دراسات كثيرة فى مجالات علم النفسى الاكلينيكي وعلم النفس المرضى وعلم الصحة النفسية أن استمرار الصراع وفشل الشخص فى حله ، يؤدى إلى التوتر الشديد والقلق الزائد والحيل النفسية الدفاعية ، وقد تنشأ بعض الأعراض العصابية والسيكوسوماتية ، حيث يعتبر الصراع سبباً معجلاً لظهور المصاب والذهان والإغرابات السلوكية فى كثير من الأحيان ( مرسى ، ١٩٧٨ ) .

ونخلص من هذا إلى ضرورة تربية أولادنا على تحمل الصراع وتدريبهم على حله ، حتى ننمي عندهم القدرة على مواجهة الصراعات التى سوف يتعرضون لها فى مراحل حياتهم المختلفة .

كما علينا مساعدة أولادنا وتلاميذنا على إدراك ما يعانونه من صراعات والاعتراف بها صراحة حتى يمكنهم حلها بسرعة ، قبل أن يصيبهم القلق والاضطراب النفسى ، وقبل أن يلجأوا إلى حلها بالحيل النفسية الدفاعية .

واستخارة الله فى الصراع من السنن المؤكدة ، فقد قال رسول الله ﷺ : « من سعادة ابن آدم استخارة الله ومن سعادة ابن آدم رضاه بما قضاه الله له » . وقال أيضاً : « إذا هم أحدكم أمراً فليركع ركعتين من غير الفريضة » أى يصلحها بنية الاستخارة ، ويفضل صلاتها قبل النوم مباشرة فقد

تصادفه رؤيا صادقة تساعده على حل الصراع ، وأن يدعو في صلاة الاستخارة بهذا الدعاء : « اللهم إني أستخيرك بعلمك واستقدرك بقدرتك وأسألك من فضلك العظيم فإنك تقدر ولا أقدر وتعلم ولا أعلم وأنت علام الغيوب ، اللهم إن كنت تعلم أن هذا الأمر خيراً لي في ديني ومعاشي وعاقبة أمري وعاجل أمري وآجله فاقدره لي ، ويسره لي ، ثم بارك لي فيه ، وإن كنت تعلم أن هذا الأمر شرّ لي في ديني ومعاشي وعاقبة أمري وعاجل أمري وآجله فاصرفه عني واصرفني عنه واقدر لي الخير حيث كان ثم رضني به » .

### القلق

القلق حالة نفسية مؤلمة تنتج عن شعور الإنسان بالعجز والدونية في مواقف الاحباط والصراع ، وتؤدي إلى الخيل النفسية الدفاعية . ويخطئ من يعتقد أن القرن العشرين عصر القلق لأن القلق حالة نفسية قديمة قدم الإنسان ، عرفت في الماضي بحالات الهم والغم والحزن التي تؤدي إلى التطير والوله والتوتر والكدر ، وتؤدي الإنسان نفسياً وجسماً ، وقد أدرك الرسول عليه السلام الآثار السيئة للهم فاستعاذ الله منه ، وسأله الحماية والوقاية منه قائلاً : « اللهم إني أعوذ بك من الهم والغم وقهر الرجال » .

وعرف الغزالي الخوف ( القلق ) بأنه « تألم القلب واحتراقه بسبب توقع مكروه في المستقبل » وقسمه إلى قسمين : خوف عاды : ويشمل الخوف من الله مقروناً بالرجاء فيه ، والخوف من الأشياء التي يكمن فيها الخطر والأذى وهو صفة حميلة . وخوف مفروط : وهو خوف زائد مذموم يخرج الإنسان إلى اليأس والقنوط ، وينمعه من العمل ، وقد يسبب له الضعف والمرض وزوال العقل ( الغزالي ، ١٩٦٧ ) .

وآلف علي بن حزم أول كتاب عن القلق أشار فيه إلى أن الهم خيرة نفسية مؤلمة . وقال : « أشد الأشياء على الناس الخوف والهم والفقر والمرض ، وأهمها إبلاماً للنفس الهم للفقْد من الحب وتوقع المكروه ، ثم المرض والخوف ثم الفقر .

وفي أوروبا نشر سورن كيركيغارد S. Kurkegaard مقاله عن القلق سنة ١٨٤٤ بعنوان « مفهوم الفزع » ضمنها الكثير من الأفكار الإسلامية عن الخوف عند الغزالي والهم عند ابن حزم ، وأشار إلى أن أول من شعر بقلق الخطيئة

آدم أبو البشر عندما عصى ربه وأكل من الشجرة التي نهاه عن الأكل منها وطرد من الجنة إلى الأرض وحيداً عاجزاً خائفاً .

وقسم كثير كجآدر القلق إلى نوعين :

**قلق عادى :** خوف نشعر به جميعاً من أشياء موضوعية مثل خوف الطفل من والده ومدرسه أو من حيوان مؤذى . وهذا الخوف مفيد للإنسان يدفعه إلى حماية نفسه ، وحفظ حياته ، ويحركه إلى التقدم والارتباط بالآخرين .

**قلق عصائي :** وهو خوف زائد ليس له ما يبرره ، يحس به بعض الناس فيعرفهم عن التقدم ، ويجعلهم متعلقين على أنفسهم ، يخافون من لا شيء أو يخافون من الخوف نفسه ( مرسى ، ١٩٧٨ ) .

### القلق والتحليل النفسي :

في بداية القرن العشرين بدأت الدراسة العلمية للقلق ، وبمحت العلماء في علاقته بالاضطرابات النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية ، وبحثوا في العوامل التي تنميه عند بعض الناس والعوامل التي لا تنميه عند البعض الآخر . ويعتبر فرويد S. Freud صاحب الفضل في توجيه علماء النفس إلى الدور الهام الذى يلعبه القلق في حياة الإنسان ، واعتبره المحرك الأساسي لجميع اضطراباته وانحرافات ، ووضع نظريته في القلق العصائي التي ميز فيها بين نوعين من القلق :

**قلق موضوعي :** رد فعل مقبول لخطر خارجي هدفه حماية الإنسان من الأخطار الحقيقية ، وينشأ عن غريزة حفظ الذات Instinct of Self-Perservation . والقلق الموضوعي عبارة عن خوف عادى مفيد ، يجعل الشخص يستعد لمواجهة الخطر الذى يهدده أو الهروب منه أو الاستسلام والخضوع للموقف .

**القلق العصائي :** خوف غامض غير مفهوم ليس له ما يبرره ، ولا يعرف الشخص الذى يشعر به سبباً له ، مما يجعله يسقطه على أية فكرة أو أى شيء أو أى موضوع خارجي ، ومن علاماته التوجس والتطير والتوتر الشديد ، والضيق والأرق والاكتئاب والهم ، وتوقع المصائب ، والخوف الزائد من أشياء قد

لا تسبب الخوف . ويصاحب هذه الانفعالات حالة تأهب جسمي ، فترداد ضربات القلب والتنفس ، وضغط الدم ، وتصيب العرق والرعدة .<sup>(١)</sup>

### القلق والمدرسة السلوكية :

اتفق علماء المدرسة السلوكية مع فرويد وتلاميذه على أن القلق العصبي عرض رئيسي في جميع الاضطرابات النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية ، وأشار أيزنك Bysenck - من السلوكيين المعاصرين - إلى أن القلق العصبي خوف زائد لا يناسب ما في الموقف من تهديد حقيقي ، وتثيره أحياناً تهديدات موضوعية مثل الحرب والقنابل الذرية ، ومصاعب العمل ، ومشاكل الأسرة ، وعدم القدرة الجنسية . لكن ما يميزه عن الخوف العادي شدة الانفعال بالخوف ، بحيث تصبح حالة غير مألوفة في مثل هذه المواقف . فليس غريباً أن يخلف الإنسان من القنابل ، لكن الغريب أن يصل الخوف من الشدة إلى درجة لا يحتملها ، ويشعر بالعجز ويتوقع الشر ، وينهار ليجرد سماعه عن قبلة لا وجود لها .

ولكن اختلف السلوكيون مع فرويد<sup>(٢)</sup> في نشأة القلق حيث اعتبروه سلوكاً متعلماً ، فالطفل يدرك التهديد في أشياء معينة فيتعلم الخوف منها . ومن التجارب المشهورة في تعلم الخوف تجربة واطسون على الطفل ألبرت البالغ من العمر أحد عشر شهراً ، والذي كان مولعاً باللعب مع الفئران البيضاء بفرح وسرور ، ثم علمه واطسون الخوف من هذه الفئران بطريقة الاشرار الكلاسيكي ، فوقف خلف ألبرت وفي إحدى يديه قضيب من الحديد وفي الثانية مطرقة ، وكلما حاول الطفل اللعب مع الفئران قرع القضيب بالمطرقة ، فيحدث دويّاً خفيفاً ، وبعد تكرار هذه العملية عدة مرات تعلم الصغير الخوف من الفئران عن طريق الربط الشرطي بين الفئران ودوى القضبان ، ثم عمم مخوفه على جميع الحيوانات ذات الفراء الأبيض .

---

(١) انظر عصاب القلق في الفصل الرابع .

(٢) ذهب فرويد إلى أن الاستعداد للقلق فطري ومضمونه مكتسب .

## الاستعداد للقلق :

في نهاية الستينات من القرن العشرين توصل ر. كاتل R. Cattell وشيلبرجر Spielberger إلى نظرية القلق الحالة - السمة - Anxiety State Trait Theory ميزاً فيها بين القلق الذي نشعر به في موقف التهديد ، والاستعداد للقلق في مواقف التهديد المختلفة ، وأطلقا على الجانب الأول حالة القلق Anxiety State وعلى الثاني سمة القلق Anxiety trait ، وعرف شيلبرجر حالة القلق « حالة انفعالية مؤقتة يشعر بها الإنسان في مواقف التهديد ، فينشط جهازه العصبي اللاإرادي ، وتتوتر عضلاته ، ويستعد لمواجهة هذا التهديد ، وتزول هذه الحالة بزوال مصدر التهديد فيعود الإنسان جسدياً ونفسياً إلى حالته العادية » .

أما سمة القلق « استعداد سلوكي مكتسب في معظمه ، يظل كامناً عند الإنسان حتى تنبه وتنشطه منبهات داخلية أو خارجية » . وتوجد سمة القلق - أى الاستعداد للقلق - عند جميع الناس بدرجات متفاوتة حيث توجد عند قلة من الناس بدرجة منخفضة وعند قلة أخرى بدرجة عالية وعند الغالبية بدرجة متوسطة أو قريبة من الوسط ( مرسى ، ١٩٧٨ ) .

والشخص صاحب الاستعداد العالي للقلق يدرك تهديد تقدير الذات في مواقف كثيرة ، ويستجيب له بحالة قلق زائدة لا تناسب ما في الموقف من خطر حقيقي . أما الشخص صاحب الاستعداد المنخفض للقلق فيدرك التهديد في مواقف الخطر الحقيقي ، ويستجيب بقلق مناسب غير مبالغ فيه .

وفي ضوء نظرية القلق « الحالة - والسمة » فإن الشعور بالقلق في مواقف الإحباط والصراع مسألة نسبية تختلف من شخص إلى آخر بحسب الاستعداد للقلق ، فالشخص صاحب الاستعداد العالي للقلق يظهر القلق والتوتر في مواقف الإحباط والصراع أكثر من الشخص صاحب الاستعداد المنخفض للقلق ، لأن الأول يدرك العجز والفشل بسرعة ، ولا يثق في قدراته وإمكاناته ، ويتوقع الشر ، ويعجز عن إتخاذ القرارات ، ويحط من قدر نفسه ويتوجس من المستقبل .

وينمو الاستعداد للقلق من التفاعل بين المعطيات الوراثية وأساليب التنشئة الخاطئة ، وقد تبين من الدراسات أن دور أساليب التنشئة الخاطئة في تنمية هذا الاستعداد أكبر من دور الوراثة ، فقد وجد أن الأشخاص أصحاب سمة القلق

العالية نشأوا في بيئات غير صالحة ، أدركوا فيها النبذ والحرمان والقسوة ، خاصة في مرحلة الطفولة ( مرسى ، ١٩٨٢ ) .

ويبدو من هذا أن نظرية « القلق الحالة - السمة » قد وفقت بين نظريات القلق المختلفة ، فأشارت مع السلوكيين والتحليل النفسي إلى أن الاستعداد للقلق ينمو من خبرات مؤلمة تعرض لها الشخص في حياته السابقة ، خاصة في مرحلة الطفولة . وأشارت مع الغزالي وعلي بن حزم وعلماء المذهب الإنساني إلى أن أصحاب سمة القلق العالية يتطورون ، ويتوقعون الشر في المستقبل ، ويظهرون القلق الزائد أو المفرط من المرض والموت والفشل في مواقف كثيرة .

### القلق والصحة النفسية :

القلق شعور مؤلم يشعر به كل إنسان في مواقف الإحباط والصراع والتهديد ، وهو شعور مفيد يجعل الشخص يدافع عن نفسه ، ويحفظ حياته من الأخطار ، وهو خوف عاды أو خوف موضوعي ، وهو صفة حميدة كما قال الغزالي وغيره من علماء النفس . فمثلاً الأم التي تشعر بالقلق لمرض خطير أصاب ابنها ، شعورها طبيعي ، لأنه رد فعل مناسب لخطر حقيقي ، ولا يدل على انعدام الصحة النفسية .

أما الشعور بالقلق المفرط في مواقف كثيرة - قد يكون فيها تهديد حقيقي وقد لا يكون - يؤدي الإنسان نفسياً وجسماً واجتماعياً ، ويعوقه عن الإنجاز والتحصيل والتفوق ، ويؤدي إلى الشعور بالعجز والدونية واللجوء إلى الخيل النفسية الدفاعية ، وقد يؤدي إلى الاضطرابات النفسية والعقلية .

ويتفق علماء النفس على أن القلق عرض شائع في جميع الاضطرابات النفسية والذهانية والانحرافات السلوكية ، وقد تبين من دراسات كاتل وشير Cattell & Schaier أن الاستعداد للقلق عال عند فئات كثيرة من الذهانيين والعصابيين . كما تبين من دراسات غيرهما على طلبة المدارس والجامعات أن سمة القلق عالية عند الطلبة أصحاب المشاكل والضعاف في التحصيل الدراسي ، ووجد أن سمة القلق العالية ترتبط بمجموعة من سمات تدل على انعدام الصحة النفسية ، حيث تبين عند الأشخاص أصحاب سمة القلق العالية شعور بالدونية والنقص وعدم الايجابية في التفاعل الاجتماعي ، والاستغراق في أحلام اليقظة وعدم

التقبل الاجتماعي ، في حين تين عند الأشخاص أصحاب سمة القلق المنخفض ثقة بالنفس وشعور بالكفاءة واحترام الذات والاكتفاء الذاتي . وهذا ما جعل كاتل يذهب إلى أن وجود سمة القلق العالية عند شخص ما دليل على انعدام صحته النفسية ( مرسى ، ١٩٧٨ ) .

### الحيل النفسية الدفاعية

احيل النفسية الدفاعية أساليب هروية من المواقف المؤلمة التي نعجز عن مواجهتها بأساليب مباشرة ، فعندما نفشل في مواجهة الإحباط أو نفشل في حل الصراع نلجأ إلى هذه الحيل ، لتبرير فشلنا ، وجعله فشلاً منطقياً ، له ما يبرره أمام أنفسنا وأمام الناس ، فنتخلص من التوتر ، ونتحرق من القلق والشعور بالذنب ، ونشعر بالارتياح ، وتتوافق مع الموقف .

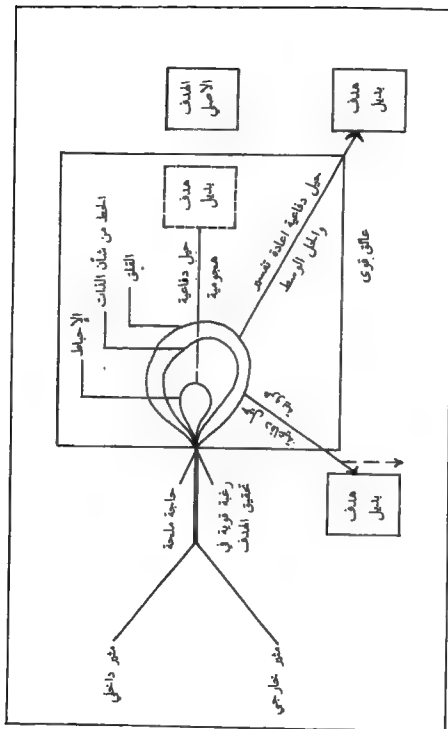
ونضرب لذلك مثلاً بالطالب الذي يرسب في الاختبار ، ويشعر بالإحباط لفشله في تحقيق النجاح ، تتولد عنده حاجة (١) لتبرير فشله ، فيلقي باللوم على صعوبة المادة أو غموض أسئلة الاختبار أو تعسف المدرس ، وغير ذلك من التبريرات التي تجعله راضياً عن نفسه ، لأن الفشل راجع لأسباب خارجة عن إرادته .

والشكل رقم ٣ - ٣ يبين رسماً توضيحياً لنشوء الحيل النفسية الدفاعية في موقف الإحباط ، ونجد فيه عندما يُحيط الشخص ويعجز عن مواجهة الإحباط ، يحط من شأن نفسه ، فيتوتر ويقلق ، ويشعر بالذنب ، مما يجعله يلجأ إلى الحيل النفسية الدفاعية لتخفيف هذه المشاعر المؤلمة وتحقيق التوافق مع الموقف .

والتوافق الناتج عن الحيل النفسية الدفاعية توافق مؤقت في معظم المواقف ، لأن الحيل لا تحقق الأهداف المحبذة ولا تحل الصراع ، وإنما تشبع حاجات ثانوية تولدت عن الإحباط والصراع . وبعبارة أخرى لا تعالج الحيل النفسية أسباب الإحباط ولا أسباب الصراع لكنها تعالج الأعراض الناتجة عنها ، وهذا ما يجعلها كالعقاقير المسكنة تخفف آلام المرض ولا تعالجه ، فتعود الآلام بعد زوال تأثيرها ( Hountras, 1968 ) .

(١) تسمى الحاجات التي تتولد عن الإحباط والصراع « حاجات حفظ ماء الوجه » وهي حاجات ذاتية هدفها تخفيف مشاعر الألم الناتجة عن الإحباط والصراع .





( شكل رقم ٣ - ٣ ) رسم توضيحي للأساليب غير المباشرة للتوافق في مواقف الإحباط

والحليل النفسية الدفاعية عادات سلوكية مكتسبة ينميها الإنسان ،  
ويستخدمها في البداية على مستوى شعورى ، ثم يتعود عليها ويستعملها على  
مستوى لا شعورى ، يأتيها دون وعي بالنوافع الكامنة وراءها . فالطالب الذى  
يرر رسوبه في الإمتحان لا يعي أنه يبرر فشله ، ولا يدرك أنه يخدع نفسه ويخدع  
غيره بهذه التبريرات .

### أشكال التحيل النفسية :

للحيل النفسية الدفاعية أشكال كثيرة متداخلة ومتشابهة ، من الصعب  
حصرها وتصنيفها . والشكل رقم ٣ - ٤ يبين تصنيفاً لأهم الحيل النفسية  
وأكثرها شيوعاً . ونتناول فيما يلي بعض هذه الحيل بشيء من التفصيل .

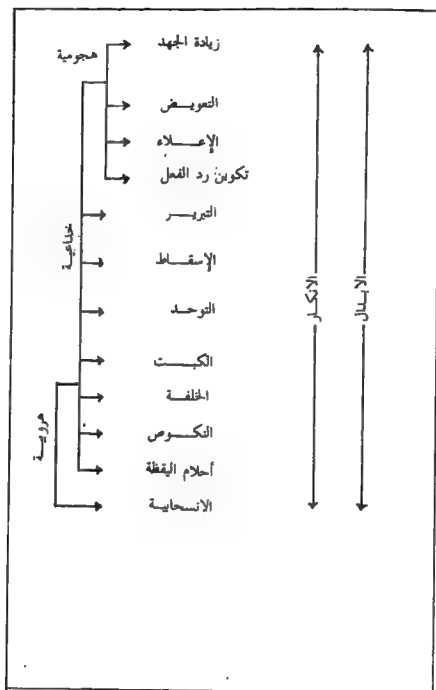
#### ١ - الإبدال Displacement :

حيلة نفسية هدفها إبدال الموقف المؤلم الذى فيه تهديد بموقف آمن ، ليس  
فيه تهديد ، ويم ذلك بطريقتين :-

( أ ) إبدال المثير : ونقصد به تحويل الانفعالات غير المرغوب فيها من  
موضوعها الأصلي ( الذى فيه تهديد ) إلى موضوع بديل ليس فيه تهديد ، مثال  
على ذلك العامل الذى يجمع غضبه من رئيسه ويصبه على صديقه أو زوجته  
أو أولاده ، والطالب الذى يمنع من التعبير عن عدوانه تجاه أبيه وينفّس عنه  
بالاعتداء على المدرسين أو على قوانين المجتمع .

( ب ) إبدال الاستجابة : ونقصد به تحويل الانفعالات نفسها من  
انفعالات فيها تهديد إلى انفعالات مرغوب فيها ليس فيها تهديد ، مثال على ذلك  
الطفل الذى يشعر بالغيرة والكراهية من أخيه ويحولها إلى حب زائد له ( ليحمي  
نفسه من غضب والديه إن هو عبّر عن كراهيته لأخيه ) ، والأم التي لا ترغب في  
ولدها وتخفي كراهيتها وتحولها إلى حماية زائدة وحب شديد لابنها .

ويشبه بعض علماء النفس عمل الإبدال في تخفيف التوتر والقلق بعمل  
صمّام الأمان في غلاية البخار . فعندما يزداد ضغط البخار داخل الغلاية ، يسرّب  
الصمام البخار الزائد لحماية الغلاية من الانفجار . كذلك الحال بالنسبة للشخص  
الحائق الغاضب ، تضغط عليه انفعالاته من الداخل ، فيلجأ إلى الإبدال لتسريب



( شكل رقم ٣ - ٤ ) تصنيف لأهم الحيل النفسية الهجومية

بعضها في سلوك ما ، حتى لا يتفجر هو من الداخل . فالطفل الغاضب من والديه ، ولا يستطيع التعبير عن غضبه ضدهما ، يَسْرَبُ بعضاً من غضبه في الاعتداء على أخيه الصغير ، أو تخريب اللعبة التي في يده . وقد يعبر الطلاب عن عدم رضاهم عن النظام الصارم في المدرسة بكتابة عبارات ضد السلطة في المدرسة على حوائط الحمامات ، وقد يفرغ المراهق جزءاً من غضبه وثورته في صورة سب وسخرية وانتقادات جارحة .

ويظهر الإبدال في جميع الحيل النفسية ، فكل حيلة تتضمن إبدالاً للمثير أو للاستجابة أولهما معاً ، ولا توجد حيلة ليس فيها إبدال بشكل ما . كما يظهر الإبدال في فلتات اللسان وزلات القلم ورمزية الأحلام . فكل فكرة - كما قال فرويد - يثير ظهورها القلق تؤدي إلى الصراع بين الأنا والهو ، وإحدى طرق حل هذا الصراع إبدال الرغبة غير المقبولة في فلتات اللسان والأحلام . فالشخص الذي يكره أباه قد يحلم أنه قتل رجل الشرطة ، أى أبداً أباه بالشرطى في موقف العلوان .

فالإبدال من وجهة نظر فرويد وسيلة دفاعية لا شعورية ، تلجأ إليها الأنا لتعزيز دفاعاتها ضد ما يثير قلقها من محتويات اللاشعور ، أو هي وسيلة لاستمرار كبت الرغبات المكبوتة . فالشخص الذي يخاف من ظهور رغباته الجنسية المكبوتة قد يحول هذا الخوف إلى خوف من القنارة ، مما يجعله يسلك سلوكاً قهرياً فيه مبالغة في النظافة ، فيغسل يديه عدة مرات بدون مبرر . والشخص الذي يخاف من ظهور رغبته في قتل شخص ما قد يبدل هذا الخوف بالخوف من السكاكين والآلات الحادة . والطالب الذي يخاف من ظهور رغبته في الانتحار قد يبدل هذا الخوف بالخوف من الأماكن المرتفعة . وهكذا يرى فرويد أن أعراض الاضطرابات النفسية استجابات بديلة لرغبات مكبوتة غير مقبولة اجتماعياً .

ومن الممكن جعل الإبدال مفيداً لنا في التعامل مع أولادنا وتلاميذنا إذا فهمنا طبيعته وأسبابه ، فالطفل الذي يغضب ويرفس أمه لا تضربه وتبحث عن أسباب غضبه ، والطالب الذي يسب ويلعن لأنه حصل على درجات منخفضة في الإختبار لا يُعاقبه مدرسه ، ويبحث عما يهدئه ويخفف غضبه .

كما يمكن توجيه التلاميذ إلى الإبدال المفيد عن طريق التعبير في الفنون والألعاب والتمثيل ، فطلب من الطفل الغاضب رسم مشاجرة أو تمثيل دور فيه غضب وحق ، حتى نساعد على تسريب بعض انفعالاته بصورة مقبولة .

## ٢ - الإنكار Denial :

نقصد بالإنكار إدعاء الشخص عدم وجود الحاجة المحيطة أو المائق أو الصراع الحاد ، فلا يدرك تهديد تقدير الذات ، وبالتالي ينخفض توتره وقلقه ، ويشعر بالارتياح .

فالإنكار تعجيب للواقع وخداع للنفس ، فلا تشعر بما يهددها . والمثل الشعبي القائل « الحب أعمى » يتضمن معنى الإنكار ، فالشخص ينكر وجود عيوب في محبوبه بالرغم من وجودها فيه .

وقد يحدث الإنكار نتيجة خلل في الإدراك والتفكير ، مثلما يحدث في تعاطي المخدرات والخمور . فالشخص السكران لا يدرك مشاكله وينكر وجودها ، أو يدركها بشكل مخفف فلا يشعر بخطورتها .

والإنكار كالإبدال عنصر مشترك في جميع الحيل النفسية فكل حيلة نفسية تتضمن إنكاراً للمشكلة أو تخفيفاً لما فيها من أخطار وتهديدات . فالكبت فيه إنكار لوجود الرغبة ، والإسقاط إنكار لوجود العيب في الشخص وإثباته في الآخرين ، والتعويض إنكار للفشل وهكذا .

وقد يفيد الإنكار في تخفيف التوتر والقلق مؤقتاً ، لكنه لا يفيد في التغلب على الإحباط أو حل الصراع ، لأنه يجعل الشخص يتقاعس عن مواجهة الموقف في الوقت المناسب بأساليب بناءة ، مما قد يؤدي إلى تأزم المشكلة أو حدة الصراع فيزداد التوتر والقلق ، ويبطل مفعول الإنكار .

## ٣ - التعويض Compansation :

التعويض حيلة نفسية تدفع الشخص إلى زيادة الإهتمام بسلوك معين ، لتخفيف الشعور بالقلق الناتج عن الشعور بالنقص أو العجز أو الفشل ، أو عن وجود عيوب جسمية ونفسية واجتماعية .

فالشخص الذى يؤله الشعور بالنقص تنشأ عنده حاجة لا شعورية إلى زيادة جهده ، لتحقيق النجاح والتفوق في مجال من المجالات التي يعتقد أنها هامة .

ويؤدى التعويض إلى تحقيق التوافق وخفض التوتر والقلق ، لأنه من ناحية يساعد الشخص على تعويض نقصه ، وتغطية عجزه ، وإخفاء عيوبه ، فيقل خوفه من النقد والتحقير والمهانة ، ومن ناحية أخرى يدفعه إلى تحقيق أهداف بديلة لأهدافه الأصلية التي لم يستطع تحقيقها . والتعويض نوعان :-

( أ ) **تعويض مباشر** : وتقصده به اهتمام الشخص بالتفوق في نفس المجال الذى فشل فيه وشعر فيه بالنقص والعجز ، فالطفل ضعيف البنية قد تنشأ عنده الرغبة في تغطية نقصه أو عجزه بإظهار القوة والعنف في معاملة الآخرين ، والشاب القصير قد يخفي عيبه بالسيطرة والعدوان على غيره ، والفتاة غير الجميلة قد تعوض ذلك بالمبالغة في استعمال مساحيق التجميل وارتداء الملابس زاهية الألوان ( نجاتي ، ١٩٨٣ ) .

( ب ) **تعويض غير مباشر** : وتقصده به اهتمام الشخص بالتفوق في مجالات أخرى غير المجال الذى يشعر فيه بالنقص أو العجز ، فالطالب الذى يشعر بعدم قدرته على التفوق في التحصيل الدراسي ، يترك هذا المجال ويبحث عن التفوق في مجالات أخرى ، مثل الألعاب الرياضية والتمثيل والنشاطات الاجتماعية . وقد يسعى الطالب ضعيف البنية الذى لا يستطيع اللعب مع زملائه إلى التفوق في التحصيل الدراسي ، فيصرف كل وقته في المذاكرة والدراسة .

وقد يعرض الآباء فشلهم في تحقيق طموحاتهم عن طريق دفع أبنائهم إلى تحقيق هذه الطموحات ، ويكون نجاح الأبناء في ذلك تعويضاً للأباء . فالأب الذى كان يطمح في أن يكون طبيباً لكنه لم يجد المال الذى يمكنه من دراسة الطب في شبابه ، قد يدفع ابنه إلى دراسة الطب . والأم التي فشلت في حياتها الزوجية قد تعوض هذا الفشل بالبحث عن زوج لايتها توفّر فيه صفات معينة ، كانت تمنى هي نفسها أن تجدها في زوجها .

وقد يؤدى هذا السلوك التعويضي إلى سعادة الآباء والأبناء إذا اتفقت طموحات الجيلين ، وكان الإبن راغباً في دراسة الطب ، وكانت البنت راغبة في زوج بنفس الصفات التي تضعها أمها . أما إذا كان الإبن غير راغب في دراسة

الطب ، ودفنه أبوه إليها كرهاً ، تكون دراسة الطب مبهجة للأب ومحبة للإن ، وإذا كانت البنت غير راغبة في الزواج الذى تختاره أمها فهى إما أن تخسر أمها وترفض هذا الزوج أو تتزوجه وتشقى بزواجها .

والتعويض قد يكون مفيداً أو ضاراً بحسب أهدافه والحاجات التى يشبعها ، فالتعويض المفيد هو الذى يؤدى إلى النجاح والتفوق والشهرة في مجالات حسنة ، ويساعد على تنمية الفرد وصلاح المجتمع ، أما التعويض الضار فهو الذى يؤدى إلى التفوق في مجالات غير مقبولة اجتماعياً ، تفسد الفرد وتؤذى المجتمع ، فالشخص الذى يشعر بالنقص بسبب عاهة جسمية ، ويسعى إلى إخفاء عاهته ، وتعويض نقصه بالتفوق على زملائه في الدراسة والتحصيل العلمي يستفيد من هذا التعويض ، أما إذا لجأ إلى التفوق في السيطرة والعدوان والإنقام ، فسوف يضار بهذا السلوك لأنه سلوك غير بناء ، ويؤذى غيره .

وأحياناً يكون التعويض في مجالات تافهة لا فائدة منها ، فقد يفشل التلميذ في التحصيل الدراسي ، ويعوض فشله بالتفوق على زملائه في لعب الطاولة أو جمع الطوابع وصور الممثلين وغير ذلك .

ولكي نجعل التعويض مفيداً للفرد والمجتمع يجب تبصير أطفالنا وتلاميذنا بطبيعة التعويض وأهدافه وأبعاده النفسية والاجتماعية ، ونبين لهم النشاطات التي يمكن أن يتفوقوا فيها بحسب قدراتهم وإمكاناتهم ، ونوضح لهم طبيعة الفروق الفردية بين الأفراد وداخل الفرد الواحد وأسبابها ومداها ، حتى يرضوا بما وهبهم الله من إمكانيات ويضعوا لأنفسهم أهدافاً مناسبة يمكنهم تحقيقها .

#### ٤ - الإعلاء Sublimation :

عندما يسيطر الإنسان على حاجاته فإنه قد يؤجل بعضها ، ويصرف طاقاتها النفسية والجسمية في أعمال مفيدة ، وتحقيق أهداف مقبولة اجتماعياً ، فقد سمى بها ورفع من شأنها . فالشباب الذى يرغب في الزواج ( رغبة صحية ) ولا يستطيع ، يؤجل إشباعها حتى يقدر عليه ، ويصرف الطاقة النفسية والجسمية المتعلقة بها في الصيام أو النشاطات الرياضية والاجتماعية ، والشخص الذى يرغب في العدوان ( رغبة غير صحية ) ويقمعها ، يصرف طاقاتها النفسية والبدنية في اللعب والملاكمة أو المصارعة أو قطع الخشب أو احتراف الجزارة أو الجراحة أو الصيد .

فالإعلاء تصريف للرغبات غير المقبولة في أعمال مقبولة اجتماعية ، أو هو تحويل للطاقات من ميدان غير مرغوب فيه إلى ميدان مرغوب فيه ، مما يساعد على تخفيف مشاعر الإحباط والقلق . ( Ringness, 1968 ) .

ويرى فرويد أن كبت الرغبات الجنسية وحبس طاقاتها أمر شاق ، قد لا نقدر عليه ، ويؤدي إلى التوتر والقلق فيلجأ الشخص إلى إعلاء هذه الرغبات ، . . . فطاقاتها في أعمال مفيدة مثل الفنون والآداب والعلوم والنشاطات الاجتماعية ( Hountras, 1968 ) .

ويشبه الدكتور محمد عثمان نجاتي عملية تحويل الطاقات التي يتضمنها الإعلاء ، بما نشاهده من تحويل الطاقة الكامنة في مساقط المياه والشلالات والرياح من عملية تحطيم وتغريب إلى عملية بناءية مفيدة ، هي توليد الكهرباء التي تستخدم في الإضاءة وتشغيل المصانع ( نجاتي ، ١٩٨٣ ، ص ٣٧٥ ) .

والإعلاء حيلة نفسية مفيدة من ناحيتين : فهي تؤدي إلى خفض التوتر والقلق الناتج عن إحباط التأجيل أو القمع أو الكبت ، وتؤدي - من ناحية أخرى - إلى استفادة الشخص بما لديه من طاقات نفسية وجسمية في مجالات تعود عليه وعلى المجتمع بالخير .

والإعلاء حيلة نفسية مشروعة فالإنسان مطالب بقمع رغباته وانفعالاته غير الصحية ، ومطالب أيضاً بتأجيل بعض حاجاته الصحية التي لا يستطيع إشباعها من حلال ، بإعلائها وتصريف طاقاتها في أعمال مفيدة ومشروعة . فقد أمر الله الشخص الراغب في الزواج ولا يقدر عليه ، بالعفة التي فيها إعلاء للرغبة الجنسية . قال تعالى : ﴿ وليستعفف الذين لا يجدون نكاحاً حتى يغنيهم الله من فضله ﴾ . وأمر الرسول عليه الصلاة والسلام الشباب المسلم الذين لا يستطيعون الزواج بإعلاء رغبتهم الجنسية والارتفاع بها بالصوم ، الذي فيه طاعة لله ، وتصريف للطاقة وخفض للدافع الجنسي . فقال عليه السلام : « يا معشر الشباب من استطع منكم الباءة فليتزوج ، فإنه أغض للبصر وأحصن للفرج ، ومن لم يستطع ، فعليه بالصوم فإنه له وجاء » .



## • - تكوين رد الفعل :

نقصد بتكوين رد الفعل مبالغة الشخص في إظهار مشاعر وصفات ، تدل على انفعالات ورغبات ودوافع مقبولة اجتماعياً ؛ لإخفاء ما لديه من انفعالات ورغبات غير مقبولة اجتماعياً . ويلجأ الشخص عادة إلى هذه الحيلة لإخفاء مشاعر العداوة والحسد والحقد والغيرة عنده تجاه أشخاص مهمين في حياته ، أو لتفطية خوف غير منطقي أو رغبات غير خلقية تهدد تقديره لذاته أو تسيء إلى مركزه الاجتماعي .

وتكوين رد الفعل حيلة نفسية لا شعورية شائعة في حياتنا اليومية ، فقد يشعر شخص بالخوف من وجوده وحده في البيت ، ويقطعي خوفه بالغناء والصغير لكي يظهر بمظهر الشخص غير الخائف . وقد يشعر الطفل بالغيرة من أخيه الرضيع ويخفي كراهيته له ، ويظهر بدلاً منها حبه الزائد واهتمامه به . وقد تكره الأم طفلها ولا تفصح عن كراهيتها - لأنها كراهية غير منطقية - وتخفيها بإظهار العناية الزائدة بالطفل . وقد يحقد العامل على رئيسه في العمل ، ويخفي حقه بطاعة أوامره والخضوع له . وقد يرغب التاجر في الغش والكسب غير الشريف ، ويخفي رغبته بكثرة الحديث عن الأمانة والصدق والمبالغة في الحث على الالتزام بهما ، وقد يرغب التلميذ في العلوان على مدرسه ويخفي رغبته بإظهار الأدب الزائد والاحترام المبالغ فيه للمدرس .

ويرى فرويد أن تكوين رد الفعل وسيلة دفاعية تساعد الأنا على استمرار كبت الرغبات غير المقبولة ، التي لا ترغب في الإفصاح عنها ، فعندما تترك الأنا تهديد الرغبات المكبوتة لها بالظهور في الشعور ، تشعر بالتوتر والقلق ، وتلجأ لا شعورياً إلى تبني صفات ومشاعر على النقيض التام من الرغبات المكبوتة ، مما يقوى دفاعاتها ، ويمنع هذه الرغبات من الظهور فيخف التوتر والقلق .

ويختلف « تكوين رد الفعل » عن النفاق في أن الأولى حيلة نفسية لا شعورية يتخدع بها الإنسان نفسه ، حتى لا يشعر بما لديه من مشاعر كراهية وحقد وحسد تجاه غيره ، فهو عندما يظهر حبه لشخص ما لا يعني ولا يشعر بأنه يكرهه . أما النفاق فهو سلوك إرادي مقصود ، يتخدع الإنسان به غيره ولا يتخدع نفسه ، لأنه حين يظهر حبه لشخص ما ، يدرك أنه يكرهه ، ويعلم أن ما يُظهر خلاف ما يُبطن تجاهه .

وفيقه تكوين رد الفعل في وقاية النفس من الشعور بالذنب والشعور بالنقص ، ويساعد على تحسين التفاعل الاجتماعي ، وتقوية الروابط الاجتماعية من خلال إخفاء مشاعر الندوة والبغضاء وتكوين مشاعر المودة والمحبة .

لكن أحياناً يكون رد الفعل ضاراً ، فقد يؤدي إلى جعل الشخص يبالغ في المسألة والخضوع والطاعة والاتكالية ، وجميعها سلوكيات غير ناضجة تدل على ضعف شخصيته وعجزه عن التوافق الاجتماعي الإيجابي .

#### ٦ - التبرير Rationalization :

لا يقبل الإنسان الاعتراف بالفشل أو تحمل مسؤوليته ، لأن الفشل خيرة مؤلمة بغضه تؤدي إلى الشعور بالعجز والدونية والقلق ، وإلى الشعور بالذنب وعدم الجدارة . وهذا ما يجعل كل شخص فاشل يبرر فشله ليكون في نظره ونظر الناس فشلاً منطقياً معقولاً ، ويعفي نفسه من مسؤوليته .

فمنذما يفشل الطالب في أداء اختبار ، يرجع فشله إلى صعوبة الاختبار أو تعنت المدرسين ، وعندما يكره الطفل المدرسة ويتغيب عنها ، يعلل غيابها بمرض أمه ، والموظف الذي يفشل في الحصول على منصب جديد في عمله ، يشيح بين زملائه أنه غير راغب في هذا المنصب لعدم وجود امتيازات فيه ، والعامل الذي يفشل في عمل طولة أو دولاب ، يلوم الخشب والمسامير ويتم عذته وأدواته .

فالطالب والطفل والموظف والعامل لا يعترفون بالأسباب الحقيقية لفشلهم ويعطون التبريرات التي تجعل فشلهم معقولاً وخارجاً عن إرادتهم ، وبالتالي ينخفض توترهم ويخفف قلقهم .

فالتبرير حيلة نفسية تقي الإنسان الاعتراف بالدوافع الحقيقية لسلوكه ، وتعفيه من مسؤولية ما حدث له من فشل في تحقيق بعض أهدافه ، وتحميه من الشعور بالعجز والدونية ، وتخفف عنه مشاعر الذنب والقلق والتوتر .

ويختلف التبرير عن الكذب (١) في أن التبرير حيلة لا شعورية يخدع بها الإنسان نفسه ويخدع غيره ، أما الكذب فسلوك إرادى يخدع به الإنسان غيره .

(١) الكذب Lying هو الإخبار بغير الحقيقة بقصد خداع الآخرين . وهو سلوك مألوف لأنه يفسد العلاقات الاجتماعية ، ويعد الناس عن الحقيقة ، ويقودهم إلى الضلال ، ولنا حرمه الإسلام ، واعتبره آية من آيات الله .

ولا يدرك الشخص في التبرير أنه يشوه الواقع أو يغير بغير الحقيقة ، ولا يعي دوافعه الحقيقية من تبرير سلوكه ، أما الشخص الكذاب يدرك ما يفعل ، ويقصد الكذب والإخبار بغير الحقيقة . وللتبرير أشكال كثيرة من أهمها :

( أ ) **التقليل من أهمية الهدف المخطئ** : ينطبق هذا النوع من التبرير على قصة الثعلب الذي فشل في الوصول إلى العنب ، لأنه في مكان مرتفع بالنسبة له ، وأعلن أنه لا يرغب في هذا العنب لأنه فاسد . كذلك الطفل الذي لا يستطيع اللعب مع الأطفال الآخرين ، ويعلن أنه لا يحب اللعب لأنه يعطله عن المذاكرة .

( ب ) **إبراز محاسن الواقع بما لا يدعو لتغييره** : فالوظف الذي يفشل في تغيير عمله يبرر ذلك بأن عمله الحالي مرغ ، وليس هناك ما يدعو إلى تغييره ، فبدلاً من أن يحبط من شأن العمل الجيد الذي فشل في الحصول عليه ، يرفع من شأن عمله الحالي ليبرر استمراره فيه ، ويسمى هذا النوع من التبرير « تحلية الحامض The sweat Leomon » .

( ج ) **إيجاد كبش فداء Scape goating** : فيزجع الشخص أسباب فشله إلى عوامل خارجية ، ولا يلوم نفسه بل يلوم غيره لأنهم تسببوا في فشله . فالطالب الذي يرسب في الاختبار يرجع أسباب رسوبه إلى صعوبة الأسئلة ، وتخيّر المدرسين . والمرأة التي فشلت في حياكة القستان تعلن أن ماكينة الخياطة غير جيدة أو خلع القماش رديء . وهذا يعني أن الطالب ليس مسؤولاً عن الرسوب ، والمرأة ليست مسؤولة عن الفشل في الخياطة .

والتبرير حيلة نفسية شائعة عند جميع الناس ، فكل شخص لا بد وأن تعرض للفشل في تحقيق هدف من أهدافه ، ولجأ إلى تبرير فشله بشكل ما ، حتى يحافظ على مفهوم ذاته ، ويحمي نفسه من القلق والشعور بالذنب . فالتبرير سلوك عادي لا يدل على سوء التوافق إلا إذا بالغ الشخص في استخدامه ، وكذب على نفسه وعلى الآخرين ، وصنق نفسه واقتنع بهذه التبريرات ، فلا يواجه مشاكله مواجهة حقيقية . وقد يؤدي التهادي في التبريرات إلى الانفصال عن الواقع وإلى هذات الاضطهاد كما في الاضطرابات العقلية حيث يلوم الشخص الناس ، ويعتقد أنهم يسعون إلى تحطيم مستقبله وإعاقة تقدمه ..

« آيات النفاق ، وسلوك يؤدي إلى الفجور . فقال الرسول عليه الصلاة والسلام : « آية المنافق ثلاث إذا حدثت كذب وإذا وعد أخلف وإذا أئتمن خان » .

## ٧ - الإسقاط Projection :

قد يشعر الشخص ببعض العيوب والنقائص والأخطاء والذوابع المستقبحة والانفعالات الدنيئة ، ولا يقل وجودها في نفسه ويترأ منها ويسقطها على غيره من الناس ، فلا يشعر بذنب ولا إثم ولا خجل لأنها موجودة في غيره وليست موجودة عنده .

فالإسقاط حيلة نفسية لا شعورية هدفها وقاية الفرد من الاعتراف بعيوبه ونقائصه وأخطائه والصاقها بالآخرين .

فالزوج الذى لديه رغبة في خيانة زوجته ، ينكر هذه الرغبة الآتمة في نفسه ، ويسقطها على زوجته ، فيشك في سلوكها ، ويميل إلى اتهامها بالخيانة . والشخص المتعصب قد يسقط تعصبه على الآخرين ، ويعتقد أنهم هم المتعصبون ضده ، مما يعطيه تبريراً منطقياً لزيادة تعصبه ضدهم ( Ringness, 1968 ) . والعامل الذى يفشل في عمل ما يسقط عدم كفاءته على غيره ، ويلوم الناس أو الظروف بدلاً من أن يلوم نفسه .

ويتم إسقاط المشاعر الدنيئة والرغبات القبيحة ، والصفات الذميمة والأخطاء الشنيعة على الآخرين لا شعورياً ، وعلى ثلاث مراحل : ففي البداية ينكر الشخص وجود هذه المشاعر ويترأ منها ، ثم يسقطها على غيره ويلصقها بهم ، وينمى في نفسه صورة سيئة عنهم ، ويصفهم بصفات النذالة والخسة والعداوة ، ويهاجمهم ويسخط عليهم ويحرّمهم ويفضحهم ويسبهم ، ويضع نفسه مصلحاً ومعاقباً لروحهم الشريرة ( Hountras, 1968 ) .

ونلمس الإسقاط في مواقف كثيرة ، فالوالد الذى يسقط عيوبه على أولاده يعاقبهم بقسوة ، والمدرس الكسول لا يفرق لتلاميذه كسلهم ، والقاضي صاحب الميول الإجرامية يشتد في معاملة المجرمين ، والزوجة التي لديها رغبة لا شعورية في الخيانة تقسو في محاسبة زوجها على علاقته بزميلاته في العمل ، ورئيس العمل غير الكفء في عمله يتشكك في كفاءة جميع العاملين معه ، ويشد في معاقبة الموظفين المخطئين .

والإسقاط حيلة نفسية مفيدة فهو من ناحية يعمل على تخفيف مشاعر الذنب والقلق والتوتر ، وهو عامل أساسي في كثير من الأعمال الإبداعية الرائعة

عند الأدباء والشعراء والرسامين والنحاتين ، فكم من كاتب أسقط ما في داخله في قصة أو قصيدة ، وكم من رسام عبّر عن أحاسيسه في لوحات فنية رائعة .

ويضاف إلى هذا فائدة الإسقاط الإكلينيكية في تشخيص المشاعر والاتجاهات والحاجات والدوافع اللاشعورية عند الناس وهو ما يعرف بالمنهج الإسقاطي Projective Technique في دراسة الحالة .

أما المبالغة في استخدام الإسقاط فضارة ، تؤذي الإنسان نفسياً واجتماعياً ، لأنها تجعله يتقاعس عن مواجهة عيوبه ونقائصه الواقعية ، إذا اكتفى بإسقاطها على غيره .

وقد يظهر الإسقاط بشكل حاد في هذات الرانويا والتي تدل على الاضطرابات الذهانية .

#### ٨ - التوحيد Identification :

التوحيد حيلة نفسية لا شعورية تؤدي إلى خفض التوتر والقلق ، عن طريق اندماج الشخص مع شخص آخر يحبه أو يعجب به أو يخاف منه ، فيمتص قيمه واتجاهاته ، ويمثل أهدافه وإنجازاته ، ويقلد سلوكه وأخلاقه ، ويعجب بأفكاره واهتماماته ويشاركه أفراحه وأحزانه . فقد يفشل الفرد في تحقيق هدف ما ، ويتوحد بشخص آخر نجح في تحقيقه ، ويعتبر هذا النجاح بديلاً لنجاحه هو ، وقد يحب شخصاً ويعجب به ، فيتصف بصفاته وأخلاقه ، وقد يخاف من شخص فيتوحد به للحصول على تأييده وتجنب أذاه وعقابه .

ويحدث التوحيد مع جماعات الأسرة والننادى والمدرسة والعمل والوطن ، فيندمج الشخص معها ، وينسب إلى نفسه صفاتها ، ويفخر بإنجازاتها ، ويعجب بقيمتها ومعاييرها ، ويعتز بانجازاته إليها . فقد يتوحد الفرد مع وطنه ، فيشعر بالفرح لانتصاراته وإنجازاته ، ويتألم لما يصيبه من أضرار وعين .

وقد يحدث التوحيد على مستوى خيالي عندما تندمج مع شخصية البطل في القصص التي نقرأها ، والحكايات التي نسمعها ، والأفلام التي نشاهدها في السينما والتلفزيون ، فنعجب به ، ونفرح لانتصاراته ، وتتألم لما يحدث له من مصائب وضغوط .

والتوحد له أهمية كبيرة في عملية التشبث الاجتماعية حيث يتوحد الولد بأبيه ويتوحد البنت بأُمها ، فيكتسب كل منهما الدور المناسب لجنسه ، ويمتص قيم أسرته ، ويكتسب الأخلاق والعادات والأوامر والنواهي التي تساعد على نمو ضميره ونضوج شخصيته .

كما أن للتوحد أهمية كبيرة في عملية التعلم ، فالتلميذ عندما يعجب بمدرسه يحبه ويندج معه ، ويتمصف بصفاته ، ويقبل مطالبه منه ، ويحب العلم الذي يعلمه ، ويقلد سلوكه ويمتص قيمه واتجاهاته وأفكاره وآراءه .

وعادة يتوحد الصغير مع الكبير فيتوحد الابن مع أبيه ، والبنت مع أمها ، والتلميذ مع مدرسه والتلميذة مع مدرستها ، لكن قد يحدث العكس فيتوحد الأب مع ابنه فيعجب به ويزداد حبه له ، ويكثر الحديث عنه ، ويفخر بنجاحه وتفوقه ويعتبره نجاحاً له هو . ( نجالي ، ١٩٨٣ ) .

والتوحد حيلة نفسية قد تكون مفيدة وقد تكون ضارة بحسب تأثيرها على نمو شخصية الفرد ، فالتوحد المفيد هو الذي يتم مع شخص ناضج نفسياً واجتماعياً وخلقياً ، أو مع جماعة صالحة ، أهدافها مشروعة ومعاييرها حسنة ، حيث يساعد هذا النوع من التوحد على نمو الشخصية ونضوجها ، واكتساب السلوك المقبول ، وامتصاص العادات والتقاليد والاتجاهات الحسنة .

أما التوحد الضار فهو الذي يتم مع شخص فاسد منحرف المزاج ، أو مع جماعة جائحة منحرفة الأهداف ، لأنه قد يؤدي إلى نمو الشخصية الجائحة أو الفاسدة ، عندما يقلد الفرد سلوك مَنْ توحد بهم ، ويمتص معاييرهم وقيمهم . وقد يؤدي التوحد إلى إعاقة نمو الشخصية عندما يتم التوحد مع شخص مسالم مستكين ، ضعيف عاجز ، مغلوب على أمره .

#### ٩ - الخلفة Negativism :

تقصد بالخلفة ميل الشخص إلى العناد والتحدى والعصيان ، ومعارضة آراء الآخرين ومخالفة أوامرهم ، وعدم التعاون معهم ، والإصرار على عمل ما يرغب فيه .

والخلفة حيلة نفسية لا شعورية يلجأ إليها الشخص لإثبات ذاته ، أو تغطية شعوره بالنقص ، أو جذب الإنتباه إليه . فقد يرفض الطفل الطعام ويعاند لإثارة

انتباه والديه ، وقد يشاغب التلميذ في الفصل ويكذب ويعتدى لجذب انتباه مدرّسه إليه وزيادة اهتمامهم به ، وقد يرق المراهق عن سلطة والديه ومدرّسه ويخالف أوامرهم ، ويصر على عمل ما يريد لإثبات وجوده واستقلاليته .

والخلفة سلوك شائع عند الأطفال والمراهقين ، وتنتج عن شعورهم بالظلم والقسوة وكثرة الأوامر التي لا مبرر لها ، أو شعورهم بالإهمال والنبد من الوالدين والمدرسين . فهم يعارضون ويعاندون ويخالفون والديهم ومدرّسهم لإثبات شخصيتهم واستقلاليتهن ، أو جلد الانتباه إليهن ، أو لدفع الظلم عن أنفسهن والإنتقام من ظلمهن .

وتعتبر الخلفة سلوكاً عادياً عند الأطفال في سن من ٢ - ٤ ، حيث يبدأ الطفل تمييز لذاته وإحساسه باستقلاليته ، وشعوره بالقدرة على التأثير في البيئة وبالقدرة على إصدار الأحكام ، فيخالف تعليمات والديه ويعاندهم ، ويرفض مساعدتهم له ، ويصر على عمل ما يريد أو عمل عكس ما يطلب منه ، ولسان حاله يقول « خالف تُعرف » . فهو يخالف لكي يثبت أنه شخصية مستقلة لها كيانه وتأثيرها وتفكيرها . وهذا ما جعل علماء النفس يعتبرون الخلفة مرحلة من مراحل نمو النفس يمر بها كل طفل في سن من ٢ - ٤ سنوات . ( سوف ، ١٩٦٨ ) .

#### ١٠ - الكبت Repression :

عندما تراود الإنسان أفكار ورغبات غير مقبولة ، ويدرك - إن هو أقدم على عملها وتحقيقها تهديد تقدير الذات ، يصبح شعوره بها ووعيه بوجودها مصدرراً لشعوره بالضيق والألم والتوتر والقلق ، فيلجأ إلى نسيانها وإبعادها من الشعور إلى اللاشعور ، أي يكبتها . (١)

---

(١) إذا تم إبعاد الرغبات ونسيانها لا إرادياً سمي كبتاً ، وإذا تم بطريقة إرادية سمي Suppression ، ويعبر الكبت سلوكاً غير ناضج في الهروب من هذه الرغبات ، في حين يعتبر القمع سلوكاً ناضجاً ، يأتيه الإنسان بصورة ووعي وإرادة ، لتنظيم وترتيب حاجاته ، والسيطرة على رغباته وشهوته .

وكل إنسان مكلف بقمع الحاجات غير الصحية التي قد تنشأ عنده ، وطرد الأفكار الآتمة التي قد تراوده بتأثير النفس الأمارة وسوسة الشيطان ، وله في قمع هذه الحاجات وطرد هذه الأفكار الثواب من الله . قال تعالى : ﴿ وأما من خاف مقام ربه ونهى النفس عن الهوى فإن الجنة هي المأوى ﴾ ونهى النفس عن الهوى هو قمع الشهوات غير الصحية التي حرّمها الله ، والسيطرة على الشهوات الصحية واشباعها من

فالكبت حيلة نفسية دفاعية تعمل على إبعاد الأفكار والمشاعر المؤلة  
والرغبات غير المقبولة من الشعور إلى اللاشعور ، مما يساعد الإنسان على نسيانها  
ويخفف عنه مشاعر الذنب والتوتر والقلق المرتبطة بها .

ومن أهم الرغبات التي تتعرض للكبت الرغبات الجنسية غير المشروعة  
والرغبات العدائية تجاه الذات وتجاه الآخرين - خاصة تجاه الوالدين والأصدقاء .  
والأقارب - لأنها رغبات محرمة أو سخيفة أو غير منطقية ، تفسد علاقة الشخص  
بنفسه وبغیره . والكبت مستويان :

( أ ) كبت سطحي : يتم فيه نقل الرغبات من الشعور إلى ما قبل  
الشعور Pre-Conscious ، فينساها الفرد في اللحظة الحاضرة ، لكنه يستطيع  
تذكرها بشيء من الجهد واستعادتها في أى وقت بسهولة .

( ب ) وكبت عميق : يتم فيه نقل الرغبات من الشعور إلى اللاشعور ،  
فينساها الفرد ولا يستطيع تذكرها بإرادته مهما بذل من جهد ، لأنه دفنها في  
منطقة بعيدة عن الإدراك والوعي ، بسبب ما تحمله من آلام وتهديدات للذات .  
ولا يعني كبت الرغبات في « ما قبل الشعور » أو أعماق اللاشعور محواً  
لها بل هو إبعادها من الوعي بها ، ونقلها إلى منطقة اللاوعي بها ، وتظل رغبات  
حية لا تموت ، تعمل وتتحرك في الخفاء ، وتلج جامدة في الظهور ، والأنا تمنعها  
وتقف لها بالمرصاد ، لكنها تنجح أحياناً في الإفلات من رقابة الأنا ، وتظهر في  
فترات اللسان وزلات القلم والأحلام ، أو تظهر في صورة أعراض عصابية  
والانحرافات السلوكية ( فرويد ، ١٩٨٣ ) .

ويرجع الفضل لفرويد في الكشف عن أهمية الرغبات المكبوتة في حياتنا  
النفسية ، ودورها في نشأة العصب والذهان والانحرافات السلوكية . فالرغبات  
تنشأ في الهو ، وتعمل الأنا على إشباع ما يتفق منها مع القيم والقوانين والمبادئ  
التي استقرت في الأنا الأعلى ، وكبت ما يتعارض معها . وعند كبت الرغبات  
غير المقبولة تقع الأنا بين ضغطين متعارضين : إلحاح الرغبة من الهو ، وصرامة  
الرقابة من الأنا الأعلى ، وتستطيع الأنا القوية تحمّل هذه الضغوط وتحقيق التوازن

---

= حلال . لزيد من المعلومات يرجع إلى : نجالي ( محمد عثمان ) القرآن وعلم النفس . القاهرة : دار الشروق  
١٩٨١ .



بين الهو والأنا الأعلى ، أما الأنا الضعيفة فلا تقدر على تحمّل هذه الضغوط فيضطرب سلوك الشخص ، ويختل توازنه ، ويظهر العصاب أو الذهان .

فالكتب من وجهة نظر فرويد يحدث عند جميع الناس ، إلا أن الأنا عند الأسوياء قوية ، تستطيع تحمّل ضغوط الهو والأنا الأعلى وتتحكم في الرغبات المكبوتة ، وعند العصاين ضعيفة لا تقدر على ذلك ، وتقلت منها الرغبات المكبوتة وتظهر في صورة أعراض مرضية .

## ١١ - النكوص Regression :

يقصد بالنكوص ارتداد الشخص في تفكيره وسلوكه - حين يعجز عن مواجهة المشكلات التي تعترضه - إلى أساليب توافقية غير ناضجة ، سبق له أن مر بها وتجاوزها وكانت تشبع له حاجاته وهو صغير . فالطفل الكبير الذي يولد له أخ صغير ، ويدرك تحول والديه عنه إلى الوليد الجديد ، يشعر بالغيرة والإحباط ، ويلجأ إلى تصرفات طفلية كانت تحقق له اهتمام والديه وعنايتهما به وهو صغير . من هذه التصرفات كثرة البكاء والصراخ والعناد ، وسرعة الغضب والاستشارة والتبول اللاإرادي ، ومص الأصابع وقضم الأظافر .

والنكوص في التفكير والسلوك حيلة نفسية دفاعية ، ليست قاصرة على الأطفال ، فقد يلجأ إليها الراشدون والمراهقون والمسنون ، عندما يعجزون في التغلب على مواجهة بعض الصعوبات في حياتهم اليومية ، فيواجه الشخص الإحباط والصراع بالبكاء والصراخ أو العناد والغضب ، أو الشكوى والتذمر وطلب العون من الآخرين .

ومن أشكال النكوص الحنين المرضي إلى الأسرة أو الوطن Home Sickness ، فكل شخص يشعر بالغربة والحنين إلى أسرته وبلده عندما يسافر إلى بلد آخر ، أما عندما تزداد مخاوفه ، ويشتد حنينه إلى الحلد الذي يعوقه عن التوافق مع حياته الجديدة ، ويدفعه للعودة إلى بلده ، فهذا سلوك نكوصي غير ناضج ،

---

(١) النكوص في اللغة يعني الإحجام عن الشيء يقال نكص على عقبيه أي رجع وارتد . مختار الصحاح ص ٦٣٩ .

ومن الأمثلة على الحنين المرضي إلى الأسرة أو البلد ، الطالب الذى يقطع دراسته في الخارج ، ويعود إلى بلده لعدم قدرته على تحمل الغربة ، والفتاة التي تترك بيت الزوجية لأنها لا تقوى على الابتعاد عن أمها ( Hountras, 1968 ) .

والنكوص قد يكون جزئياً فيظهر الشخص الارتداد في التفكير والسلوك في بعض المواقف ولا يظهره في مواقف أخرى ، فالشاب الذى يرفض الزواج ويلجأ إلى ممارسة العادة السرية ، قد يكون سلوكه في النواحي الأخرى ناضجاً وليس فيه نكوص .

أما عندما يكون النكوص كلياً فيظهر الشخص الارتداد في التفكير والسلوك في جميع المواقف ، ويبدو كأنه طفل في جميع سلوكياته ، ولا يظهر عليه النضوج في أى جانب من جوانب الشخصية . وهذا ما نلاحظه عند بعض الفصامين ، حيث يرتد المريض في تفكيره وسلوكه صغيراً ، يسلك مثل الأطفال في لعبهم وانفعالاتهم واهتماماتهم .

## ١٢ - أحلام اليقظة Day - Dreams :

أحلام اليقظة حيلة نفسية يتخيل فيها الشخص نجاحه في تحقيق أهدافه التي عجز عن تحقيقها في الواقع ، فتخف عنه مشاعر الفشل والإحباط والقلق ، ويستمتع بمشاعر الكفاءة والنجاح والتفوق في الخيال . فالشاب الذى فشل في الحصول على عمل يتخيل أنه حصل عليه ، والفتاة التي تشعر بعدم التقبل من زميلاتها تتخيل أنها ذات مركز مرموق بين زميلاتها والجميع يخطبون ودعا ، والطالب الذى رسب في الاختبار يتخيل أنه نجح وحصل على مكافأة التفوق وعلى استحسان والده ومدرسيه وزملائه .

وهكذا فالإنسان في أحلام اليقظة يشطح بخياله وينى قصوراً في الهواء بعيداً عن حلود الواقع ومشاكله ، ويمجد إشباعاً لجميع رغباته ، وتحقيقاً لكل أهدافه بسهولة ، فيتخلص من واقعه المؤلم ويستمتع بخياله السعيد . (١)

---

(١) ليست كل أحلام اليقظة مصدر سعادة واسترخاء ، فقد تتر بعض هذه الأحلام المخاوف والقلق والشعور بالذنب ، عندما يتخيل الشخص أنه ضحية أو مغلوب على أمره أو مهدد بالقتل بالذبح أو السم أو الجرائم ( مثلما يحدث في الهذات ) مما يجعله في حالة خوف وقلق زائد .

ومن العوامل التي تجعل الإنسان يلجأ إلى أحلام اليقظة شعوره بعدم التقبل الاجتماعي ، وعدم القدرة على المنافسة ، وشعوره بالضعف والعجز ، وفشله في الدراسة أو العمل أو الزواج .

وأحلام اليقظة حليلة نفسية شائعة في جميع الأعمار ، لكنها أكثر شيوعاً عند الأطفال والمراهقين خاصة أولئك الذين يعيشون في ظروف أسرية تعرضهم للحرمان والقسوة ، مما يجعلهم يهربون من واقع حياتهم المؤلم إلى الخيال .

وأحلام اليقظة حليلة نفسية مفيدة ، فهي وسيلة للاسترخاء والانسحاب المؤقت من المشكلات ، حتى يمكن وضع خطة جديدة لمواجهةها والتغلب عليها في الواقع وهي - أى أحلام اليقظة - مصدر خصب للخيال المبدع في المجالات الفنية والأدبية والعلمية . فالروائي يعتمد على خياله في رسم أحداث ومواقف الرواية قبل أن يكتب عنها ، والعالم يعتمد على خياله في وضع فروضه قبل القيام بتجربته وعلاج مشكلات بحثه ، فكل الاختراعات كانت في بدايتها أحلاماً قبل أن تصبح حقيقة واقعة .

لكن إذا أدت أحلام اليقظة إلى الهروب من الواقع، واكتفى الشخص بالنجاح في الخيال، فإنها تصبح ضارة تعوقه عن مواجهة مشاكله مواجهة حقيقية فيزداد فشله وإحباطه . فالطالب الراسب الذي يتخيل أنه لنجح وتفوق ويكتفي بهذه الخيالات والأحلام ويعيشها وكأنها حقيقية ، يفشل في حياته الدراسية لأن النجاح في الخيال لا يغير واقعه الدراسي في شيء .

كما أن التمدد في التخول والمبالغة في استخدام أحلام اليقظة يفسد حياة الشخص ، لأنه يبعده عن الواقع ويجعله شاردًا كثير السرحان ، لا ينتبه ولا يمي ما يلور من حوله . فالطالب كثير اللجوء إلى أحلام اليقظة ، دائم الشرور لا ينتبه إلى الدرس ، ولا يفهم شرح المدرس ، ولا يستطيع التركيز على دراسته مما يؤدي إلى رسوبه وفشله في الدراسة ، والعامل الذي يكثر من أحلام اليقظة يكون قليل الإنتاج ، عرضة لحوادث العمل ، والسائق الغارق في أحلامه لا ينتبه للطريق ويقع في الحوادث .

وقد تؤدي أحلام اليقظة إلى فصل الشخص عن واقعه ، ويعيش أحلامه وتخيلاته وكأنها حقيقية كما يحدث في هذائات الذهانيين .

### ١٣ - الانسحابية Withdrawal :

الانسحاب حيلة نفسية هروية ، تهدف إلى تخفيف التوتر والقلق ، بالابتعاد عن الموقف المؤلم الذى يسبب الإحباط والنقد أو العقاب والإهانة .  
وبأخذ الانسحاب أشكالاً كثيرة من أهمها الآتي :-

( أ ) الهروب من الموقف : فالشخص الذى يجد الصدم وعدم التقبل من الناس ، يعتمد عليهم ، ويفضل الوحدة والعزلة ، ولسان حاله يقول « البعد عن الناس فضيلة » أى صفة حسنة . والشخص الذى يخاف من الفشل يعتمد عن التحديات والمنافسات في العمل أو الدراسة . فقد تبين من بعض البحوث أن من أسباب هروب التلاميذ من المدرسة الخوف من العقاب والخوف من الفشل في أداء الاختبارات والواجبات المدرسية ، والشعور بالنقص والدونية . فقد يترك الطالب المدرسة لأن ملبسه غير مناسبة تجعله موضع سخرة من زملائه . ( Hountras, 1968 ) .

( ب ) الخضوع والاستسلام : عندما يشعر الشخص بعدم الكفاءة في المواقف الاجتماعية ، يخضع للآخرين ، ويصبح ائكالياً ضعيف الشخصية سهل الانقياد والاستسلام ، خجولاً منطوياً على نفسه ، ولا يرغب في تحقيق أى هدف .

ويعتبر الانسحاب من الموقف سلوكاً عادياً إذا كان وسيلة للابتعاد عن المشكلة مؤقتاً ثم العودة لمواجهة بأساليب جديدة مناسبة . مثل الشخص الذى يجد أن الوقت غير مناسب لحل مشكلته ، ويعتمد عنها حتى يجد الوقت المناسب ، أو يجد أن أساليبه غير مناسبة لمواجهة المشكلة ، وينسحب حتى يستعد ويعمل أساليبه .

أما الانسحاب الذى ينتج عن رغبة في العزلة ، وتجنب الناس وزهد في تحقيق الأهداف ، فيعتبره علماء النفس والأطباء العقليون من العلامات الخطيرة لسوء التوافق ، لأنه حيلة نفسية دفاعية لتخفيف مشاعر القلق والتوتر والدونية التي تنتج عن الشعور بالعجز عن مواجهة المواقف وعن الفشل في التغلب على العوائق التي في الموقف .

ويعاني الشخص الانسحابي من تأخر في نضوج الشخصية ، ومن الشعور بالنقص ، مما يجعله يتجنب مصاحبة الناس خوفاً من النقد والإهانة والعقاب ، ويتعدى عن المواقف التي تتطلب منه جهداً أو التي تضعه في موقف منافسة وتحدي مع الآخرين حتى لا يتعرض للفشل والإحباط .

والطفل الانسحابي هادئ ، منطو على نفسه ، خجول سريع البكاء ، تخرج إحساساته بسهولة ، لا يثق بنفسه ولا بالآخرين ، وقد يعاني من التبول اللاإرادي ، وقضم الأظافر ومص الأصابع .

ومن عوامل تنمية هذه السمات في الشخصية الانسحابية ضعف البنية واعتلال الصحة ، ووجود عيوب وعاهات جسمية ، أو تعرض الطفل للحرمان والمعاملة القاسية من والديه ومدرسه .

ومن الملاحظ أن المدرسين والآباء لا يهتمون بمشكلة الطفل الانسحابي مثل اهتمامهم بالطفل العدواني والمشاغب والعنيد ، مع أن الانسحابية أشد خطراً من العدوانية على النمو النفسي في مرحلة الطفولة لسببين :-

( أ ) العدوان سلوك صريح يساعد على تفريغ الطاقات وتخفيف التوترات النفسية ، أما الانسحابية فليس فيها تعبير صريح ، وتزيد التوتر والقلق والألم ، وتؤدي إلى سوء التوافق . فالطفل الانسحابي تمس في حياته لكنه لا يفصح عن ذلك .

(ب) الطفل العدواني يواجه إحباطاته بالتمرد والمروق والمشغبة والعصيان والعداء ، وهي سلوكيات مزعجة للآباء والمدرسين ، تجعلهم ينتبهون لمشكلة الطفل ، ويبحثون عن حل لمشكلاته . أما الطفل الانسحابي فيعترف بهزيمته وفشله وخيبة أمله ، ولا يحاول التحدي والإنصاح عن مشاكله وصعوبات حياته ، فلا يعرف أحد بها ولا يجد لها حلاً ، مما يجعله عرضة للعصاب والذهان والانحرافات السلوكية .

لذا يجب عناية الآباء والمدرسين بالأطفال الانسحابيين ، ومعرفة أسباب انسحابيتهم وعلاجها في الوقت المناسب ، وتشجيعهم على مشاركة الآخرين ، والإقبال على النشاطات الاجتماعية ، وحثهم على الإقدام والمثابرة وتنمية تقنيتهم في أنفسهم وفي الآخرين .

## الحيل النفسية والصحة النفسية :

الحيل النفسية سلوك متعلم ، تقيدنا في مواجهة بعض الاحباطات والصراعات ، وتساعدنا على حماية أنفسنا من مشاعر عدم الجدارة وعدم الكفاءة ، وتخفف عنا التوتر والقلق والشعور بالذنب ، مما يعطينا الفرصة لالتقاط الأنفاس وإعادة النظر في أساليب مواجهتنا للعوائق والصعوبات ، فنعدل استجاباتنا ونزيد جهودنا ، ونغير أهدافنا ونبلها بحسب إمكانياتنا وظروفنا ، فيحسن توافقنا في المواقف المختلفة .

يضاف إلى هذا أن بعض الحيل النفسية تساعد على بناء الشخصية وتحقيق التوافق الاجتماعي ، فتوحد الطفل بوالديه يساعده على اكتساب السلوك المناسب لجنسه ، وامتصاص ضوابط السلوك ومعايير المجتمع . والإعلاء يساعد الشخص على تصريف طاقاته المتعلقة بالرغبات غير المقبولة في مجالات مفيدة اجتماعياً والتعويض يساعد على النجاح والتفوق في أعمال كثيرة . والكبت والقمع يساعدان على إخفاء المشاعر غير الطيبة تجاه الآخرين فيحسن التوافق الاجتماعي .

لكن كثرة اللجوء إلى الحيل النفسية والتماهى في استخدامها مدة طويلة يؤديان إلى سوء التوافق وانعدام الصحة النفسية ، فأحلام اليقظة مثلاً تنفذ في تخفيف التوتر والقلق والشعور بالارتياح في مواقف الإحباط والصراع ، أما كثرة استخدامها والتماهى فيها يفسد حياتنا ، ويبعدنا عن الواقع ، ويعوقنا عن مواجهة مشاكلنا مواجهة حقيقية .

ونخلص من هذا إلى أن استخدام الحيل النفسية يؤدي إلى سوء التوافق وانعدام الصحة النفسية إذا بالغ الشخص في اللجوء إليها ، واكتفى بالحلول غير الواقعية لمشكلاته ، وابتعد عن مواجهة حياته بواقعية ، لأنها - أى الحيل النفسية - لا تعالج المشاكل ، ولا تحل الصراعات ، ولا تشبع الحاجات الأساسية ، مما يجعل الشخص يشعر بالإحباط من جديد ، فيتأزم ويتوتر ويقلق ، ويزداد لجوؤه إلى الحيل النفسية لتخفيف هذه المشاعر . وهكذا يتماهى في استخدام الحيل حتى يبتل مفعولها ، فيشعر بالعجز وعدم الكفاءة وينهار نفسياً ، وتظهر عليه أعراض العصاب أو الذهان التي تعتبر حيلاً نفسية مبالغاً فيها .

## تقسيم التوافق

يتوافق الإنسان مع كل موقف يواجهه بشكل ما ، إما بأساليب مباشرة أو أساليب غير مباشرة ، ويتم توافقه إما بعد تحقيق هدفه - كله أو بعضه - أو بعد تحقيق هدف بديل ، أو بعد تأجيل هدفه الأصلي أو الغائه . وقد يتعرض في توافقه للإحباط والصراع ، ويشعر بالقلق والتوتر والكدر والغضب ، ويدلجاً للحيل النفسية الدفاعية لتخفيف هذه المشاعر .

فمى نعتبر توافقه حسناً ؟ ومى نعتبره سيئاً ؟ . تختلف الإجابة عن هذين السؤالين من مجتمع إلى آخر بحسب قواعد السلوك السائدة في كل منهما ، فالتوافق الذى يكون حسناً في مجتمع قد يكون سيئاً في غيره .

فمثلاً إشباع الحاجة الجنسية عن طريق الاتصال بشخص من نفس الجنس ( جنسية مثلية ) كان يعتبر توافقاً حسناً عند الأغريق ، بينما يعتبر توافقاً سيئاً في كثير من المجتمعات الحديثة . ويعتبر إشباع الحاجة إلى الطعام بتناول لحم الخنزير توافقاً حسناً في المجتمعات غير الإسلامية وتوافقاً سيئاً في المجتمعات الإسلامية . وتعتبر حراسة المرأة لقدر الطبخ فلا تتركه خوفاً من أن يفسد أخذ السم فيه توافقاً حسناً عند قبيلة دوبر Dobu بماليزيا Malenesia ، في حين يعتبر توافقاً سيئاً في مجتمعاتنا ويدل على جنون البرانويا . ويعتبر زواج المرأة من قاتل زوجها توافقاً حسناً عند بعض قبائل الإسكيمو ( Holme, 1972 ) في حين يعتبر توافقاً سيئاً عندنا ويدل على الشلوث والفجور .

ومن وجهة نظرنا في الصحة النفسية نحكم على توافق الشخص بالحسن أو السوء ( أى بالسواء أو عدم السواء ) في ضوء شريعتنا الإسلامية بحسب الأهداف التى حققها وأساليبه في تحقيقها ، فنعتبر توافقه حسناً إذا كانت أهدافه مشروعة ، وحقها من حلال بأساليب مقبولة اجتماعياً ودينياً . ونعتبر توافقه سيئاً إذا كانت أهدافه غير مشروعة ، أو كانت مشروعة وحقها من حرام ، أو كانت مشروعة وفشل في تحقيقها أو تعديلها أو تبديلها أو إلغائها ، وأدت إلى استغراقه في الحيل النفسية . وفيما يلي بيان ببعض خصائص التوافق الحسن :  
Well-adjustment والتوافق السوي  
Mal-adjustment

**جدول**  
**يبين خصائص التوافق الحسن**  
**والتوافق السيء في المجتمعات الإسلامية**

التوافق الحسن	التوافق السيء
١ - الوصول إلى أهداف مشروعة .	- الوصول إلى أهداف غير مشروعة .
٢ - تحقيق الأهداف من حلال وبأساليب مقبولة .	- تحقيق الأهداف من حرام وبأساليب غير مقبولة اجتماعياً ودينياً .
٣ - النجاح في تحقيق معظم الأهداف المشروعة .	- الفشل في تحقيق معظم الأهداف المشروعة .
٤ - التعرض للإحباط أحياناً .	- التعرض للإحباط كثيراً .
٥ - القدرة على تحمل الإحباط ، ومواجهته بأساليب توافقية مباشرة في معظم الأحيان .	- الشعور بالفشل والقنوط والعجز عن مواجهة الإحباط حتى في المواقف البسيطة .
٦ - الوقوع في الصراع أحياناً .	- الوقوع في الصراع كثيراً .
٧ - إدراك الصراع والاعتراف بصراحة والقدرة على تحمله وحله بسرعة .	- عدم الاعتراف بالصراع صراحة ، وعدم القدرة على تحمله والفشل في حله في الوقت المناسب .
٨ - مواجهة المواقف بأساليب توافقية فعالة وناضجة .	- مواجهة المواقف بأساليب توافقية غير فعالة وغير ناضجة .
٩ - الشعور بالتهديد في بعض المواقف التي فيها خطر حقيقي .	- الشعور بالتهديد والعجز في مواقف كثيرة قد تبدو مواقف عادية عند معظم الناس .
١٠ - الشعور بقلق في بعض المواقف التي تثيره .	- الشعور بالقلق في مواقف كثيرة قد تبدو عادية ليس فيها ما يثير القلق عند معظم الناس .



العواطف السيئة	العواطف الحسن
١١ - الشعور بالقلق المناسب لما في الموقف من أخطار .	- الشعور بقلق زائد على ما في الموقف من أخطار .
١٢ - الشعور بالكفاة وتقدير الذات .	- الشعور بعدم الكفاة والخط من قدر الذات .
١٣ - اللجوء إلى الحيل النفسية الدفاعية أحياناً .	- اللجوء إلى الحيل النفسية كثيراً .
١٤ - عدم الاستغراق في الحيل النفسية ومواجهة الموقف بواقعية .	- الاستغراق في الحيل النفسية ومواجهة الموقف بأساليب غير مناسبة .



## الفصل الرابع

### الاضطرابات النفسية والعقلية

- تمهيد
- الاضطرابات النفسية
- أنماط من الاضطرابات النفسية :
  - ١ - عصاب القلق .
  - ٢ - الهستيريا .
  - ٣ - عصاب الوسواس القهري .
- الاضطرابات العقلية
- أنماط من الاضطرابات العقلية
  - ١ - الفصام
  - ٢ - الاكتئاب الذهاني
  - ٣ - ذهان الشيخوخة



يهدف هذا الفصل إلى تقديم فكرة عن الاضطرابات النفسية والعقلية (١) التي قد يتعرض لها البعض فتتغص عليهم عيشتهم ، وتحرمهم من الراحة والطمأنينة وتصرفهم عما هو مألوف ، وتخرجهم عن أطوارهم التي خلقهم الله عليها مما يؤثر على صحتهم النفسية ، ويدفعهم إلى أداء سلوكيات غير عادية .

فقد يتتاهب الشك والريبة في القيم الدينية والأخلاقية السائدة في المجتمع لدرجة يفلت معها الزمام ويختل قدرة الفرد على الضبط الذاتي لسلوكاته بحيث تصبح تتأدى دونما وازع من دين أو رادع من ضمير . وقد يمس الاضطراب البعد الانفعالي للفرد فيعاني القلق والتوتر والضييق ، ويبدأ أعراض الهم والغم وقد يمتد الاضطراب إلى البعد المعرفي للفرد فتدهور قدرته على أداء العمليات العقلية كلها أو بعضها ، فيتشوش فكره وتضطرب خيالاته وتضعف ذاكرته وتشتد هلوساته .

وسنحاول في هذا الفصل أن نقدم تلك الاضطرابات دونما تعمق كبير في جوانبها الاكلينيكية فما يهمنا هنا هو أن يحيط القارئ علماً بمفهوم الاضطراب النفسي والاضطراب العقلي ، وكيف يمكنه أن يتعرف على كل منهما ويحيط علماً بأسبابها وطرق العلاج بشكل عام لكل منهما . وسنبداً أولاً بالاضطرابات النفسية يلي ذلك الاضطرابات العقلية .

---

(١) دعا اينزك Bysenck عام ١٩٥٧ إلى استبعاد كلمة مرض Disease من مجال الطب العقلي واستخدام كلمة اضطراب بدلاً منها . وبالمثل فإن الطب النفسي هو الآخر ميّال إلى نفس الاستخدام . إلا أن المراجع النفسية لم تطبق هذا الاتجاه بشكل جاد ، وظلت الكلمتان مستعملتين ونود أن نشير إلى أنه قد ترد كلمة مرض في هذا الفصل فارجو أن تفهم على أنها اضطراب والعكس بالعكس .

## الاضطرابات النفسية

تعريفها :

هي مجموعة من الاضطرابات المرضية الشاذة التي لا يكون لها أسباب عضوية واضحة وإنما تتميز بمظاهر خارجية لحالات التوتر والصراع النفسي الداخلي والتي تؤدي إلى إختلال جزئي في الشخصية بحيث يكون المريض بها لا يزال متصلاً بالحياة الواقعية . ( بركات ، ١٩٧٨ ، ص ١٧٧ ) .

ويتسم هذا النوع من الاضطرابات بظهور أعراض مختلفة أهمها : القلق والخوف والاكتئاب والبولسوس والأفعال القهرية وسهولة الاستثارة والحساسية الزائدة واضطرابات النوم ... الخ . في نفس الوقت تبقى شخصية المريض مترابطة متكاملة ، ويظل سليم الإدراك قادراً على استبصار حالته المرضية والتحكم في سلوكاته إلى حد كبير ، وبالتالي يظل متحملاً لمسؤولياته قادراً على القيام بواجباته كمواطن . ( عكاشة ، ١٩٦٩ ) .

مدى انتشارها :

إن هذه الاضطرابات قد أصبحت في هذه السنوات تمثل المشكلة الصحية العامة ، ذلك أنها تتفوق في مدى انتشارها على الاضطرابات العقلية أو حتى بعض الأمراض العضوية . ( عكاشة ، ص ٢٠ ) . وتقيد إحصائية وات ، ١٩٥٢ التي أجريت في بريطانيا أن ١٢ ٪ من المرضى يعانون العصاب وكذلك ١٠ ٪ يعانون أمراض سيكوسوماتية . أما في مصر فقد وجد الدكتور عكاشة أن نسبة المرضى النفسيين تتراوح بين ٤٠ ، ٦٠ ٪ من مرضى القلب وبين ٣٠ - ٤٠ ٪ من مرضى الصدر ، وبين ٥٠ - ٦٥ ٪ من مرضى الجهاز الهضمي وبين ٣٠ - ٤٠ ٪ من مرضى الأمراض التناسلية وبين ٢٠ - ٣٠ ٪ من مرضى أمراض النساء ، و ٧٠ ٪ ممن يترددون على أطباء الأعصاب .

كما أن الأمراض النفسية تشكل تهديداً لاقتصاد أى بلد ، حيث أشارت إحدى الدراسات إلى أن حوالي ٤٠ - ٦٠ ٪ من عمال المصانع يتغيبون عن عملهم لأسباب نفسية ، كما أن هذه الاضطرابات هي أكثر انتشاراً بين النساء منها بين الرجال بشكل عام . ( عكاشة ، ١٩٦٩ ) .

## تفسيراتها :

تمددت تفسيرات الاضطرابات النفسية بتعدد النظريات والمدارس النفسية ، وكذلك بتنوع الثقافات والأيدولوجيات . وسنشير هنا إلى بعض الاتجاهات التي تفسّر هذا النوع من الاضطرابات .

١ - التفسير البدائي : في العصور الأولى من تاريخ البشرية كان هناك اعتقاد سائد بوجود مخلوق صغير يسكن جسم الإنسان ويتحكم فيه . ويمكن لهذا المخلوق أن يكون طيباً وخيراً وعندئذ يسلم صاحبه من الاضطرابات النفسية كما يمكن له أن يكون شراً وعندئذ يعاني صاحبه تلك الاضطرابات ولهذا عمد القدامى إلى محاولة السيطرة على هذا المخلوق وإخضاعه عن طريق التعذيب والأذى حيث كان المرضى يودعون في السجون المظلمة ويقيدون بالسلاسل ويعرضون للتعذيب .

ومنذ حوالي ٣٠٠٠ سنة قبل الميلاد كان يظن أن الاضطرابات النفسية ترجع إلى قوى خارجية غير عادية وأن سببها مس من الجن أو عمل الشيطان . ولما كان المعتقد السائد أنه من الممكن للسحرة والعرافين أن يحرروا المريض من سيطرة هذه القوى الشريرة . وقد أثبتت الحفريات أن إنسان العصر الحجري كان يلجأ إلى إحداث ثقوب في جمجمة المريض لتخليصه من تلك الأرواح التي تسكن دماغه . وظلت مثل هذه المعتقدات البدائية تظهر وتختفي بحسب تقدم الدراسات الطبية والنفسية .

ففي العصور الوسطى مثلاً عادت مثل هذه الأفكار للظهور حيث شاع أن الجن يلبسون أحياناً جسم الإنسان ويمشون فيه بكيفية غير معروفة فيصاب الإنسان عن طريقهم بمرض من الأمراض كالصرع والجنون والتشنج إلى غير ذلك . وعرفت بعض طرق العلاج من هذه الأمراض مثل : التصالح مع الجنّي والتعاقد معه إن كان ذلك يصلح معه ، أو بالرق والتعاويذ والتخويف والارهاب . ( أيوب ، ١٩٧٧ ) .

أما في أوروبا فلم يكن الأمر يختلف ، حيث سادت هناك معتقدات السحر والشعوذة ، ومحاولة علاج المرضى بالاستعانة بالكهنة والرهبان وبالضرب

والتعذيب والتشريد وترك المريض يهيم في الأرض . وأحياناً يكون العلاج بالتحايل على الأرواح الشريرة واسترضائها بالأحجية والمشروبات السحرية حتى تهدأ تلك الأرواح وتخضع لطاعة الكهنة والسحرة .

ولا شك أن مثل هذه المعتقدات ما زالت منتشرة إلى حد كبير في الكثير من بلدان العالم الثالث وخاصة تلك الأجزاء التي ما زالت بعيدة عن العمران والتقدم العلمي . وما زال الكثيرون يلجأون إلى السحر والزار وإلى الاستعانة بالهائم والأحجية وإلى اللجوء إلى الدجالين والمشعوذين .

### التفسير الإسلامي :

من المؤسف حقاً أن بعض أديعاء الدين قد شوهوا الدين الإسلامي وأدخلوا الكثير من الخرافات والأساطير التي عرفها العرب من جاورهم من الأمم كالفرس والهنود والإغريق ، وكذلك ما عرفوه من خيرات أهام الجاهلية ، وأوهوا الناس أن هذا كله من الدين الإسلامي . وعليه فإن أول ما نؤكد عليه هو بعد الدين الإسلامي الحنيف عن كل هذا ، وأن هذا الدين قد قدم تفسيراً لم يسبقه إليه أحد للاضطرابات النفسية ، ذلك التفسير الذي يذهب إلى أن الخلل الذي يصيب الفرد المسلم يتمثل أولاً في تحلله من التزامه بأوامر الله ونواهيه ، وأولئك هم الذين في قلوبهم زيغ يتحدث عنهم الله تعالى في قوله :

﴿ هو الذي أنزل عليك الكتاب منه آيات محكمات هن أم الكتاب وأخر متشابهات ، فأما الذين في قلوبهم زيغ فيتبعون ما تشابه منه ابتغاء الفتنة وابتغاء تأويله وما يعلم تأويله إلا الله . والراسخون في العلم يقولون آمنا به كل من عند ربنا وما يذكر إلا أولو الألباب . ربنا لا تزعج قلوبنا بعد إذ هديتنا وهب لنا من لدنك رحمة إنك أنت الوهاب ﴾ (١) .

فإذا ما زاغ قلب الفرد ضعفت قدرته على الضبط الذاتي ، وأصبح أسير شهواته وغرائزه ودوافعه الفطرية البائسة ، يستسلم بسهولة إلى وسوسات الشيطان ويفقد القدرة على تحمل ما قد يتعرض له من إحباط وما قد يصيبه من حوادث وقد تحدث القرآن الكريم عن تلك الحوادث في قوله تعالى :

(١) آل عمران : آيات ٧ و ٨ .



﴿ ولنبلوكنكم بشيء من الخوف والجوع ونقص من الأموال والأنفس والثمرات وبشر الصابرين الذين إذا أصابهم مصيبة قالوا إنا لله وإنا إليه راجعون . أولئك عليهم صلوات من ربهم ورحمة وأولئك هم المهتدون ﴾ (١).

فإذا ما وصل الفرد إلى هذا الحد فإنه من الطبيعي أن يعاني الاضطرابات النفسية . هذا الاضطراب الذي يمتد شيئاً فشيئاً إلى الجسد وإلى علاقات الفرد بالآخرين ، وقد ينسب السبب الأساسي للاضطراب النفسي - عدم الالتزام بأوامر الله ونواهيه - ويتركز الاهتمام على الأسباب الاجتماعية والجسمية والنفسية وهذا ما تفعله النظريات الوضعية في جعلتها .

٣ - التفسيرات الوضعية : يمكننا تصنيف هذا النوع من التفسيرات إلى ثلاثة اتجاهات ، الأول يشمل النظرية الوراثية والثاني النظرية البيئية والثالث الذي يأخذ بكلتا النظريتين معاً .

( أ ) النظرية الوراثية : تطرح هذه النظرية مجموعة الخصائص النفسية والجسمية التي تقوم على أساس الاستعداد الوراثي للفرد باعتباره أن لها الدور الأساسي في نشأة الاضطرابات النفسية . وقد بنيت هذه النظرية على نتائج الدراسات التي أجريت على التوائم المتشابهة . وقد وجد أنه إذا أصيب أحد التوائم بالعصاب فعادة ما يصاب الآخر بنفس الاضطراب - كذلك دلت دراسة العائلات على أن استجابة أفراد العائلة الواحدة تتشابه في نوعية العصاب فإذا أصاب أحدهم استجابة القلق فعادة ما يستجيب أفراد العائلة لتلك الإستجابة ويلخص الجدول التالي الأبحاث المتعلقة بالعامل الوراثي للاضطرابات النفسية .

---

(١) البقرة : آية ٢٤٧ .

( ٤ - ١ ) جدول رقم

يبين نسبة الأمراض النفسية بين التوائم

الباحث	توائم متشابهة	توائم غير متشابهة
سليتر ١٩٥٣	% ٢٥	% ١٩
اهلدا ١٩٦٠	% ٢٠	% ٤٠
براكوني ١٩٦١	% ٩٠	% ٤٣
تيلري ١٩٦٣	% ٥٧	لم تدرس
بلوكر ١٩٦٤	% ٧٠	% ٦٣
شيلدر ١٩٦٦	% ٤٠	% ١٥

ورغم اختلاف نتائج هذه الدراسات إلا أنها تبين أن نسبة انتشار الأمراض النفسية بين التوائم المتشابهة هي أكبر منها لدى التوائم غير المتشابهة مما يؤكد أهمية العامل الوراثي في نشأة الأمراض العصبية . ( عكاشة ، ص ٢٤ ) .

(ب) النظريات البيئية : مجموعة النظريات التي تعتقد بدور البيئة الأساسي في نشأة الاضطرابات النفسية تكون في مجموعها النظرية البيئية لتفسير تلك الاضطرابات . ومن أهم النظريات البيئية : نظرية التحليل النفسي التي ردت الاضطراب العصبي إلى صدمة نفسية جنسية ثم عقدة أوديب <sup>(١)</sup> ، ثم الصراع بين مكونات الشخصية الموروثة والأنا والأنا الأعلى - ثم الإهمال البيئي ، ثم الشعور بالنقص ، ثم النمط الانطوائي <sup>(٢)</sup> ثم صدمة الميلاد <sup>(٣)</sup> ثم القلق الأساسي <sup>(٤)</sup> - ثم المشاكل الناشئة عن التشكل الحضاري <sup>(٥)</sup> .

- (١) عقدة أوديب : الصراع بين الطفل ووالده من أجل الاستحواذ على الأم .  
 (٢) النمط الانطوائي : فيه يتردد اليبسود إلى الداخل نحو الحقائق الذاتية ، ويحيل صاحبه إلى الحياة في عالم الخيال ( بولغ ) .  
 (٣) صدمة الميلاد : عملية الولادة في حد ذاتها ، حيث اعتبرها فرويد أنها المصدر الأساسي للقلق .  
 (٤) القلق الأساسي : هو الشعور بالوأس وسط عالم معاد ويظهر ذلك من التفاعل بين مشاعر القلق والكراهية التي تنبعث من إهمال الوالدين للطفل . ( هورني ) .  
 (٥) التشكل الحضاري : إن بناء الشخصية النهائي هو نتاج التفاعل مع الكائنات الانسانية الأخرى . ( سيلفان ) .

ثم النظريات غير التحليلية ومنها : المدرسة السيكيويولوجية التي أسسها أدولف ماير Adolf Mayer ( ١٨٦٦ - ١٩٥٠ ) . وقد أكد ماير على دور مستويات الطموح غير الواقعية وعدم تقبل الذات باعتبارها عاملين أساسيين للاضطرابات النفسية . ويميل الطب النفسي في الولايات المتحدة إلى الأخذ بهذه النظرية واعتبار جميع الأمراض النفسية استجابات توافقية أو تكيفية يمية للفرد .

ومن النظريات غير التحليلية أيضاً المنهج الوجودى الذى يؤكد على دور الخبرات الذاتية للمريض وخبراته بعالمه وبالناس من حوله في إحداث الاضطرابات النفسية لديه .

ومن النظريات البيئية أيضاً نظرية « التشعبة الاجتماعية » وهي تلك النظرية التي تعتبر علاقة الطفل بوالديه أو الأرضية الأسرية بشكل علم ، هي السبب غالباً في ظهور الاضطرابات النفسية ، خاصة إذا لم توفر له الأسرة الحب والعطف والأمان والأمن والاستقرار وإذا لم تعلمه النظام فقد أثبت الكثيرون من علماء الاجتماع أثر عدم الاستقرار أو الحرمان العاطفي والعطل والولادة غير الشرعية والانفعال عن أحد الوالدين والطلاق والإدمان والتبني والنشأة في ملجأ وعدم التوافق الأبوى ... الخ أثر كل ذلك في ظهور الاضطرابات النفسية .

( عكاشه - ص ٣٦ ) .

(ج) النظرية السلوكية الحديثة التي تأخذ بدور كل من الوراثة والبيئة في إحداث الاضطرابات النفسية والتي يتبنها علماء السلوكية أمثال فولبي وايزنك ورحمان . فيذهب ايزنك إلى أن الأمراض النفسية تنشأ من تكوين أفعال منعكسة خاطئة بتأثير تفاعل عاملي البيئة والوراثة . وأن هذه الأمراض ما هي إلا أنماط من السلوك تعلمناها لنخفف من آلام القلق في ظروف خاصة ، ويقترها المريض باحجامه عن القيام بأى عمل يؤدي إلى مخاوف معينة مما يساعد على تثبيت السلوك المرضي . كما ذهب أيضاً إلى أن الأمراض النفسية تنشأ من تفاعل أبعاد

الشخصية ما بين انطوائى وانبساطى مع الاستعداد الوراثي للعصاب . فإذا تفاعلت الانطوائية مع الاستعداد الوراثي للعصاب نشأت بعض الاضطرابات مثل : القلق والوسوس والاكتئاب ... الخ ، أما إذا تفاعلت الانبساطية مع الاستعداد الوراثي للعصاب فتنشأ المستيريا والشخصية السيكيوباتية ويلاحظ هنا

صعوبة تكوين الأفعال المتعكسة الشرطية وبالتالي صعوبة التكيف مع المجتمع . وبين الدكتور عكاشة أفكار ايزنك هذه بالرسم التخطيطي التالي :

### الاستعداد الوراثي للعصاب

البساطة	الطوائفة
صعوبة تكوين انعكاس شرطي وسهولة انطفاء الانعكاس في حالة تكررته .	سهولة تكوين انعكاس شرطي وصعوبة انطفائه .

هستوريا وسيكوباتية      قلق ، وسوس قهرية واكتئاب

إنّ هذه الاتجاهات الثلاثة قد كشفت عن تعدد العوامل التي يمكن أن تساهم في إحداث الاضطرابات النفسية . فالعوامل الوراثية والعوامل البيئية الكامنة وراء ذلك الاضطراب تبين لنا مدى تعقده ، وتبيننا إلى ضرورة التحرر الدقيق وعدم القفز السريع إلى النتائج ونحن نبحث عن الأسباب والعلل وراء الاضطراب النفسي . وكلما نجحنا في تحديد العوامل التي أحدثت الاضطراب كلما كنا أقدر على وضع الخطة العلاجية المناسبة . وقد تعددت العلاجات الخاصة بالاضطرابات النفسية وتنوعت تبعاً لتعدد وتنوع النظريات النفسية المفسرة للعصاب وتتناول فيما يلي بعضاً من طرق العلاج النفسي .

### علاج الاضطرابات النفسية :

إنّ أية عملية علاجية لأي اضطراب نفسي تهدف أولاً وآخرأ إلى الشفاء ولكن هذا الهدف قد يكون صعب المنال خاصة مع بعض الحالات المزمنة التي تتحدى بالفعل التقدم الحديث في الطب النفسي ، والتي نعجز فيها عن تحديد الأسباب الحقيقية الكامنة وراءها . وفي مثل هذه الحالة نخفض من مستويات طموحاتنا من وراء العملية العلاجية بحيث نتوجه إلى تخفيف أو شفاء الأعراض بغض النظر عن الأسباب الأصلية للداء .

وفي حالة فشلنا حتى في إزالة الأعراض أو التخفيف منها ننتقل إلى التركيز على الهدف الثالث من العلاج والمتمثل في مساعدة المضطرب على التوافق الاجتماعي مع علته بحيث يعمل للمعيشة بها ويتقبلها ويختار العمل المناسب لتلك العلة حتى لا يتعرض للانعزال والشلل الاجتماعي .

هنا من حيث الأهداف . أما من حيث المكان الذي تم فيه العملية العلاجية فهناك توجه عام لعلاج الاضطرابات النفسية خارج المستشفيات بالعادات الخارجية . ولكن هذا التوجه لا يمنع من استخدام المستشفيات لبعض الحالات الصعبة التي تبدي أعراضاً شديدة تجعل حياة المريض وسط المجتمع صعبة أو في حالات عدم التوافق الاجتماعي ، أو تلك التي تحتاج إلى علاج جراحي أو عقاقير لا بد أن تعطى تحت إشراف الطبيب .

أما من حيث طرق العلاج فهي متعددة وسنعرض منها كلا من : العلاج النفسي والعلاج البيئي والاجتماعي والعلاج الديني والعلاج العضوي .

### العلاج النفسي (١) Psychotherapy :

يتنوع العلاج النفسي بتنوع المدارس النفسية التي تعرضت للدراسة الاضطرابات النفسية وقد رأينا في الفصل الأول بعضاً من هذه المدارس وسنحاول فيما يلي تلخيص أهم أنواع العلاج النفسي .

( أ ) التحليل النفسي Psychoanalysis : تقوم فلسفة هذا العلاج على مسلمة مفادها أن الاضطرابات النفسية نتاج حوادث وصدمات واجهها الإنسان في طفولته المبكرة ونسبها بكتبها في اللاشعور بكل ما تمتلكه من شحنات انفعالية تحافظ على قوتها وقدرتها على التأثير في شخصية الفرد ، وتبحث دائماً عن طرق للتفريغ على شكل أعراض مرضية . وبناء عليه فإن العلاج يتوجه أولاً إلى الكشف عن تلك الحوادث باستخدام تقنيات التداعي الحر وتفسير الأحلام ، وأحياناً التويم المضاطيسي أو التويم بالتخدير ... الخ ، ومن ثمّ تفريغ الطاقة الانفعالية لتلك الحوادث .

---

(١) من يرغب المزيد من التفاصيل يمكنه الرجوع إلى كتاب الصحة النفسية والعلاج النفسي - زهران ص ٢٢٢ - ٢٨٨ عالم الكتب ، القاهرة ١٩٧٨ .

ومن الصعوبات التي تقوم في وجه هذه الطريقة العلاجية طول الوقت اللازم لما فقد تستغرق سنوات بمعدل خمس جلسات أسبوعياً ، والتكاليف الباهظة التي يعجز معظم المرضى عن تحملها ، وضرورة تمتع المريض بذكاء فوق المتوسط حتى يستطيع التعبير عن ذاته لفظياً ولكي يستوعب تفسير العلاج ، وسن معينة عادة أقل من الأربعين . ( عكاشة ، الطب النفسي المعاصر ) .

(ب) العلاج النفسي الهادف : تحاول هذه الطريقة تلافي بعض الصعوبات التي واجهت طريقة التحليل النفسي . فتوجه أساساً لشفاء الأعراض أو التخفيف منها دوماً حاجة إلى البحث عن أصل الداء . وأساس هذا العلاج هو الإيحاء بهدف تغيير انفعالات ومعتقدات المريض ، وكذلك التفسير والتشجيع ، تفسير أعراض المرض وأسبابه بهدف بحث الطمأنينة والأمل في الشفاء في نفس المريض كذلك المعاضدة والتدعيم من خلال فهم شكوى المريض ومشاركته في أفكاره وآماله دوماً انفعال واضح وأخيراً تقديم النصح والارشاد اللازمين لمساعدته على حل مشاكله وصراعاته .

(ج) العلاج الجماعي Group Therapy : يجتمع عدد من المرضى يتراوح عددهم بين ٥ - ١٥ مع المعالج ويكون العلاج على شكل جماعي ويقدم للمجموعة موضوعات ومواد تعليمية للمناقشة وإبداء الرأي ، مما يساعد على بحث الثقة في النفس والقدرة على التعامل مع الآخرين .

كما يمكن استحداث الأندية الاجتماعية العلاجية ، حيث يجتمع المرضى لينتخبوا أعضاء مجلس النادى والمسؤولين عنه ويناقشون أغراضه ويشاركون في أنشطته بما يساهم في تحطيم دائرة العزلة الاجتماعية ويعيد للمريض احترام ذاته ، وتشجعه على الاختلاط والمشاركة الاجتماعية .

كما يمكن استخدام طريقة التداوي الحر بحيث يجلس المعالج وسط مرضاه ويدعمهم يتكلمون ومن ثم يلتقط الصراعات الخاصة بكل مريض خصوصاً في هذا الجو الجماعي الذي هو أقرب للطبيعة من الجلسات الفردية .

(د) العلاج المتمركز حول ذات العميل Client-Centred Therapy : كلمة « العميل » هنا تعني المريض أو المضطرب ، وصاحب هذه الطريقة هو كارل روجرز ، وتقوم هذه الطريقة على مسلمة مفادها أن كل شخص

سبه حاجة طبيعية بتقدير ذاته ولا تشبع هذه الحاجة إلا إذا أدرك المريض تماماً إمكانياته ودوافعه وقدراته وقيل ذاته . ويمكن تلخيص هذه المسلمة في المبادئ الثلاثة .

اعرف نفسك - كن صادقاً مع نفسك - اقبل ذاتك

وبناء عليه فإن العلاج وفقاً لطريقة روجرز يقوم على أساس تقوية شعور الشخص بقدراته على السيطرة على سلوكه وحل مشكلاته بنفسه واتخاذ القرارات التي تؤدي إلى إزالة ما يكون عنده من التوتر النفسي الذي ينتج من اضطرابات السلوك : ( بركات ، عيادات العلاج النفسي ) .

(هـ) العلاج الوجودي **Existential Therapy** : يبنى هذا العلاج على أساس مسلمتين فكريتين هما : أن السبب في القلق الوجودي الذي قد يعانيه البعض هو إدراك الفرد لمعاناته للبؤس والشقاء . وأن خبراته السلبية عن حوله من الناس ودور الآخر في إقلاق راحته واجتهاده والضغط على أعصابه من مسببات الاضطرابات النفسية .

وعليه فإن العلاج الوجودي يتوجه أولاً إلى مناقشة الخبرات الذاتية للمريض ثم مناقشة خبراته بعالمه وبالناس ومن ثم مساعدته على التوافق الأفضل سواء مع ذاته ( التوافق الداخلي ) أو مع الآخرين ( التوافق الخارجي ) .

(و) العلاج السلوكي **Behavior Therapy** : يقوم هذا العلاج على أربع مسلمات :-

- ١ - أن الاضطراب النفسي سلوك متعلم يخضع في تكوينه وإزالته لنفس القوانين والنظريات التي يخضع لها السلوك السوى .
- ٢ - أن الاضطراب النفسي قد ينشأ من فشل الفرد في تعلم السلوكات التوافقية الناجحة .
- ٣ - أنه قد ينشأ من نجاح الفرد في اكتساب سلوكات وعادات خاطئة لا تؤدي إلى التوافق .
- ٤ - وقد ينشأ بسبب الصراع الذي يتعرض له الفرد عندما يجد نفسه أمام هدفين ومطلوب منه أن يختار أحدهما وأن يتحمل مسؤولية هذا الاختيار .

ويستخدم في علاج الاضطرابات السلوكية وفقاً للمنظور السلوكي وسائل

منها :-

١ - **التحصين البطيء Desensitisation** : تلخص هذه الطريقة في : تدريب المريض على الاسترخاء ، ووضع مدرج للمواقف المقلقة له ، وتعرض المريض لتلك المواقف إبان جلسات الاسترخاء بدءاً بأبسط هذه المواقف وصولاً إلى أعقدها . وأخيراً دفع المريض لمعايشة الموقف المقلق له معايشة واقعية . وتفيد هذه الطريقة في حالات المخاوف .

٢ - **العلاج بالغمر Flooding** : ويقصد به وضع المريض في الموقف المقلق دفعة واحدة ، وهذه الطريقة تختلف عن طريقة التحصين البطيء في أن المريض لا يمر في جلسات استرخائية إنما يطلب إليه معايشة الموقف مباشرة . فالخائف من الظلمة ، يوضع في مكان مظلم ، والخائف من الأماكن المرتفعة يؤمر بأن يصعد إلى أعلى العمارة ... الخ .

٣ - **الممارسة المكثفة للعرض Mass Practice** : وذلك بدفع المريض لممارسة العرض باستمرار على أمل أن تضعف آثاره النفسية أو أن يعاني المريض آلاماً تجعله يحجم عن إبقاء العرض المرضي . وقد تنفع هذه الطريقة في حالات مص الإبهام ، قضم الأظافر ، العادة السرية ، الخلعجات اللاإرادية ، الانفعال ، الوسواسية .

٤ - **منع الاستجابة Response Pervention** : تقوم على تعريض المريض للمثير المقلق ومنعه من أداء استجابة القلق .

٥ - **إيقاف التفكير Thought Stopping** : عندما يشرع المريض في سرد موضوع ما يؤمر بالتوقف والانتقال إلى موضوع آخر وهذه الطريقة تقيد أولئك الذين تدور أفكارهم في حلقة مفرغة ولا يقدرّون على الخروج من نفس الفكرة .

٦ - **الإثابة Reward** : تقديم مكافأة للمريض كلما نجح في أداء السلوك المرغوب فيه أو توقف عن أداء السلوك المرغوب عنه . أو كلما نجح في اتخاذ القرار بشكل سليم وسريع عندما يوضع في موقف الاختبار .



## ثانياً : العلاج الاجتماعي Sociiotherapy :

يقوم هذا النوع من العلاج على مسلمة مفادها أن للبيئة والمجتمع دوراً أساسياً في نشأة وعلاج العصاب ، وعليه كان لا بد من التفكير في طرق علاجية تتوجه نحو إجراء تعديلات في البيئة الاجتماعية للمريض من هذه الطرق :-

( أ ) العلاج بالعمل Occupational Therapy : يعتمد على توجيه طاقة المريض إلى النواحي العملية حتى ينصرف عن الانشغال بمشكلاته الداخلية ، ويبحث يشعر وهو يقوم بدور انتاجي بأهميته في الحياة ويستعيد بالتالي ثقته في نفسه ، ويوصى هنا باختيار العمل المناسب للحالة المعالجة .

( ب ) العلاج باللعب Play Therapy : يعتبر بعض علماء النفس أن اللعب أحد الميول الفطرية العامة التي تنطلق فيها المشاعر النفسية والطاقة الغريزية فيما يقوم به من نشاط حر . كما يعتبر اللعب وسيلة مفيدة في دراسة وتشخيص وعلاج المشكلات النفسية خصوصاً لدى الأطفال كما أن اللعب يفيد في توسيع دائرة العلاقات الاجتماعية ويقضي على العزلة ويعلم الفرد كيف يتعامل مع الآخرين وكيف يقبل ما يعهد إليه من أدوار .

( ج ) العلاج الأسري Family Therapy : ينطلق هذا العلاج من الاعتقاد بأن الاضطراب النفسي نتاج أسرة مضطربة نفسياً وعليه لا بد من علاج الفرد في إطار الأسرة . لذا فإن الجلسة العلاجية تضم جميع أفراد الأسرة حتى يتمكن المعالج من دراسة أنماط العلاقات الاجتماعية الرابطة بين جميع أفراد الأسرة ومن ثمّ يتوجه إلى إبدال تلك الأنماط لمصلحة الحالة المضطربة .

( د ) العلاج بالترفيه Recreational Therapy : إن إحاطة المريض بوسائل الراحة والترفيه يقضي على أوقات الفراغ والملل والضجر الذي قد يعانيه أولئك المكثبين أو القلقين أو المنعزلين اجتماعياً . وما يقدم في هذا العلاج من أنشطة موسيقية وغنائية ومشاهدة أفلام ترفيهية . كل ذلك يساعد المريض على أن يرى جوانب مشرقة وجميلة في الحياة تستحق منه أن يكافح من أجل الخلاص مما يعانيه من اضطرابات تحول دون توافقه الحسن مع بيئته .

### ثالثاً : العلاج الديني Religious Therapy :

من الحاجات الأساسية النفسية للإنسان أن يشعر بالأمن والطمأنينة بحيث يكون مستريح الضمير وفي مأمن من العقاب سواء في هذه الحياة الدنيا أو في الحياة الآخرة . وهذا لا يتأتى على الأقل لدى المجتمعات ذات الدين - إلا بالتقرب من الله والتوافق مع أوامره ونواهيه والتمسك بالقيم والمعايير الدينية .

وفي حالات الانحرافات السلوكية أو العقائدية ، ونعني بالأخيرة ما يتصل بالعقيدة الإيمانية ، التي تؤدي إلى الخطأ في حق الذات أو حق الآخرين أو حق الله سبحانه وتعالى ، ينتلب الشخص نوع من الشعور بالذنب والصراع النفسي الأمر الذي يؤدي إلى فقدان الشعور بالاطمئنان ويؤدي إلى المعاناة من القلق والاضطراب . وهذا يؤدي إلى فقدان الاتزان النفسي والتوافق الاجتماعي الذي يصل في الحالات الشديدة إلى المعاناة من الخوف من عذاب الله وفقدان الأمل في رحمته .

وعليه فإن العلاج الديني يتوجه أولاً إلى تحرير المريض من مشاعر الخطيئة والإحساس بالذنب ويفتح أمامه باب الأمل والرجاء في غفران الله وسعة رحمته ثم تبصر المريض بواجباته الدينية وتشجعه على أدائها .

ويعتبر اعتراف المضطرب بخطئه وتوبته النصوح ( الصادقة ) عن هذا الخطأ مصداقاً لقوله تعالى : ﴿ يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا تَوْبُوا إِلَى اللَّهِ تَوْبَةً نَصُوحاً عَسَىٰ رَبُّكُمْ أَن يَكْفِرَ عَنْكُمْ سَيِّئَاتِكُمْ وَيُدْخِلَكُم جَنَّاتٍ تَجْرِي مِنْ تَحْتِهَا الْأَنْهَارُ ﴾ ثم امتثاله لأوامر الله ونواهيه وقبوله قضائه وقدره هي أساس العلاج الديني والتي نلخصها في الآتي :-

- ١ - معرفة الخالق ومعرفة الذات .
- ٢ - الصديق مع الخالق ومع الذات .
- ٣ - قبول القضاء والقدر وقبول الذات .

ونعتقد أن هذا النوع من العلاج يمكن أن ينجح في حالات الخوف والقلق والاكتئاب والوسوس وتوهم المرض ومشكلات الانحرافات السلوكية كإدمان المخدرات وتعاطي الخمر .

#### رابعاً : العلاج العضوي Physical Therapy :

إن طرق العلاج التي ذكرناها آنفاً تغطي الجوانب النفسية والروحية والاجتماعية للشخص المضطرب ، أما هذا العلاج فهو يهتم أساساً بالناحية الجسمية ويؤديه الطبيب المختص وتحت إشرافه ويعتمد هذا النوع على العقاقير<sup>(١)</sup> كالمنومات والمطمئنتات البسيطة والمطمئنتات الكبرى والعقاقير المضادة للاكتئاب .  
والعقاقير المساعدة على عملية التفريغ العقلي .

تلك هي مجمل الطرق المستخدمة في علاج الاضطرابات النفسية وسنرى عند عرضنا لأنماط من تلك الاضطرابات كيف يعالج كل نمط ، وكيف أن النمط الواحد يمكن أن يعالج بأكثر من طريقة ، مما يتطلب فريقاً متكاملأ من المعالجين يتناسب عدده والحالة موضوع العلاج .

#### أنماط من الاضطرابات النفسية

يهيمن أن نذكر هنا أننا سنتناول بعض أنماط الاضطرابات النفسية التي لا يكون لها في الغالب أسباب عضوية واضحة وإنما هي مظاهر خارجية لحالات التوتر والصراع النفسي الداخلي . والتي تؤدي إلى اختلال جزئي في الشخصية يظل معها المريض متصلاً بالحياة الواقعية . وقد اخترنا ثلاثة أنماط هي :-

١ - عصاب القلق .

٢ - الهستيريا .

٣ - عصاب الوسواس القهري .

وستتبع الخطوة التالية في عرض هذه الأنماط :

١ - التعريف بالنمط من خلال التعرف على أعراضه .

٢ - أسبابه .

٣ - طرق علاجه .

٤ - نماذج اكلينيكية له .

(١) لمزيد من المعلومات عن العقاقير النفسية ارجع لكتاب د . عكاشة في الطب النفسي المعاصر . دار

المطرف ص ٤٤ - ٤٨ .

## ١ - عصاب القلق Anxiety Neurosis :

**تعريفه :** القلق العصائى واحد من الموضوعات النفسية التي حظيت بنوع من العناية لدى مدرسة التحليل النفسى بشكل خاص . حيث اعتبره فرويد المحرك الأساسى لكثير من الاضطرابات النفسية الأخرى . وقد لخص خصائصه الكليينكية بأنها قابلية الإثارة عموماً Irritability .

ويمكننا من خلال التراث النظري لهذا العصاب استخلاص التعريف التالي له :

« شعور عام غامض ، غير سار ، مبالغ فيه ، خارج نطاق سيطرة المريض » . وله زملة من الأعراض يمكن أن تقسم إلى مجموعات ثلاثة :

( أ ) أعراض نفسية : مثل التوجس ، المخاوف المرضية ( غير المحددة ، والمحددة ) ، التوتر اللهني العام ، سرعة الإثارة ، ضعف القدرة على الانتباه والتركيز ، انخفاض القدرة الإنتاجية .

( ب ) أعراض جسمية : التوتر العضلي ، القملل ، الرجفة ، الدوار ، صعوبة التنفس ، الإحساس بالضغط على الصدر ، خفقان القلب ، ارتفاع في ضغط الدم الانقباضي ، سرعة الإعياء ، اضطرابات الشهية ، جفاف الفم ، عسر الهضم ، الشعور بالغثيان والرغبة في التقيؤ ، الإسهال ، كثرة التبول ، هبوط الرغبة الجنسية ، العنة والقذف المبكر ( الرجال ) ، البرود الجنسي ( النساء ) ، انقطاع الطمث أو عدم انتظامه ، برودة أو سخونة بعض أجزاء الجسم ، تورد الوجهتين ، ازدياد العرق .

ويمكن فهم الأعراض الجسمية المصاحبة من خلال فهمنا لديناميكية عصاب القلق ، فالقلق إذا ما استترى يؤدي بالجسم إلى أن يعد نفسه لتهديد مستمر لا يتحقق أبداً مما يؤثر سلباً على الجسم ، فتتبدى الأعراض الجسمية غير العادية .

## أسبابه : وتشمل العوامل التالية :

( أ ) العوامل النفسية : حاول فرويد كمادته أن يرد هذا الاضطراب إلى الرغبة الجنسية الشديدة المكبوتة ، والإثارة التي تنتهي بالإحباط ، وكل ما يتصل بالناحية الجنسية ويحدث اضطراباً في توازن الوظائف النفسية والجسمية للنشاط الجنسي . وضرب أمثلة منها : القلق على البكارة في فترة المراهقة ، القلق المصاحب لتوهم البرود الجنسي ، قلق الأرملة ، قلق توقف الحيض ، والحرمان الجنسي الطويل ... الخ ( فرويد ، ١٩٦٢ ) .

أثرت نظرية فرويد هذه في علماء التحليل النفسي الذين اتفقوا معه في أهمية القلق العصبي باعتباره مصدراً أساسياً للاضطرابات النفسية ولكنهم قدموا تفسيرات أخرى . فأوتورنك Otto Rank يذهب إلى أن القلق ينشأ عن صدمة الميلاد الناشئة عن انتقال الطفل من المكان الذي كان ينعم فيه باللذة والسعادة إلى عالم المثيرات المزعج . أما كارن هورني فتذهب إلى أن القلق الأساسي في الطفولة ينشأ من كبت الطفل لرغباته العدائية نحو والديه . ويعبر عن هذا القلق بسرعة اعتراضه بالفشل والعجز ، وعناده وميله إلى التخريب . في حين أن أريكسون رأى ، وهو يقيم نظريته على الجانب النفسي الاجتماعي للنمو ، أن المصدر الأساسي لقلق الطفل هو إحساسه بعدم الثقة نظراً لما يتلقاه من مشروبات مؤلمة من ذلك العالم ، وإحساسه بفشله في التحكم في عضلات جسمه مما يسبب له الشعور بالخنجل وعدم الثقة بالنفس .

ثم جاءت المدرسة السلوكية لتبحث عن أسباب نفسية أخرى وراء القلق العصبي ، فنظرية مورر Mowrer<sup>(١)</sup> تذهب إلى أن القلق ناتج عن أفعال ارتكبتها الإنسان فعلاً ولم يرض عنها . ( Mowrer, 1950 ) .

(ب) العوامل البيئية : يذهب سوليفان إلى أن الأبوين ينقلان إلى أبنائهما مشاعر القلق . فالأم المتوترة سرعان ما تدرك أن صغيرها يبدي أمارات القلق فكان الرضيع يتناغم انفعالياً مع أمه . وبالمثل فإن الأطفال الذين ينشأون في بيئة تشعرهم بالحرمان والاحباط وعدم الأمن سيكونون أكثر استعداداً من غيرهم لإظهار استجابة القلق .

(١) تعرف نظرية مورر هذه باسم نظرية القلق الناتج عن الشعور بالذنب .

ويعتبر التعلم غير الملائم للسلوك التوافقي ( من وجهة نظر السلوكيين ) من بين العوامل البيئية التي قد تساهم في نشوء القلق العصبي . فقد أثبتت الكثير من الدراسات لتواريخ حالات مرضى عصاب القلق عن عدم النضج في نشأتهم وتطورهم وعن الانتكالية وانعدام الأمن ، وانعدام اكتساب المهارات اللازمة لمواجهة مشكلات الحياة . ولا شك أن القلق الناشئ عن هذا العامل يهدد بشكل جدى مفهوم الفرد لذاته بحيث تقوض ما لدى الفرد من احترام لذاته وثقته في نفسه .

(ج) العوامل الوراثية : تشير بعض الدراسات إلى احتمال تدخل العامل الوراثي في تزويد الفرد باستعداد عام للقلق . فقد أثبتت هذه الدراسات وجود تشابه في الجهاز العصبي اللاإرادي واستجابته للمنبهات الخارجية والداخلية لدى التوائم ( التوأم القلق ) . كذلك أوضحت دراسة العائلات أن ١٥ ٪ من آباء وإخوة مرضى القلق يعانون من نفس المرض وقد وجد سليتر وشيلنز ( ١٩٦٢ ، ١٩٦٦ ) أن نسبة القلق بين التوائم المتشابهة تصل إلى ٥٠ ٪ ، أما لدى التوائم غير المتشابهة فلم تصل النسبة إلا إلى ٤ ٪ فقط ( Slater, 1963 ) .

(د) العوامل الفسيولوجية : إن عدم نضج الجهاز العصبي في الطفولة وكذلك ضмор هذا الجهاز في الشيخوخة يعتبر من العوامل المساعدة على ظهور استجابة القلق .

كما أن الاضطرابات الهرمونية العصبية ( هرمونات السيروتونين والنورأدرينالين ) تساهم هي الأخرى في إحداث استجابة القلق .

خلاصة القول : إن عصاب القلق كغيره من الأمراض النفسية يتساهم في إحداثه أكثر من عامل واحد مما يتطلب من المعالج الدقة في تحرى الأسباب حتى يتمكن من تقديم العلاج الأنسب .

### علاج عصاب القلق :

وهناك أنواع متعددة من العلاجات التي تفيد مع هذا الاضطراب نذكر منها :-

( أ ) **العلاج النفسي** : ويقوم هذا النوع من العلاج على الاستماع إلى صراعات المريض ومحاولة تفسيرها وتشجيعه وتوجيهه إلى طرق حل هذه الصراعات . وبعث الأمل في نفسه وتطمينه أن ما يعانيه من أعراض يمكن أن يتخلص منها . ( المفهوم التحليلي ) .

كما يمكن استخدام طريقة التحصين البطيء الذي ابتدعه وليبي Wolpe حيث يعين المريض على إعداد ملرج القلق (١) وهو قائمة متدرجة من المواقف التي تثير القلق عند المريض ثم يدرب المريض على جلسات الاسترخاء حيث يتخيل خلالها المواقف المقلقة بدءاً بأضعفها فالأقوى فالأقوى وهكذا . ( المفهوم السلوكي , 1969 , Wolpe ) .

(ب) **العلاج العضوي** : ولا بد قبل البدء في العلاج النفسي مع بعض الحالات من إعطائها كميات من المهدئات في بادئ الأمر ، ثم بعد الراحة الجسمية يمكن الشروع في العلاج النفسي . ففي حالات القلق الشديد يعطى المريض بعض المهدئات مثل الليبريم والفالسيوم ... الخ . أما العلاج الأساسي للقلق فيتلخص في إعطاء بعض العقاقير الخاصة بالهرمونات العصبية في مراكز الاتصال بالمخ ومثال ذلك اليناميد ، الماريلان ... الخ . كما يمكن استخدام جهاز خاص لتدريب المريض على التحكم في بعض وظائف الجهاز العصبي المستقل [ درجة حرارة الجسم ، ضغط الدم ، العرق ... الخ ] ( Biofeedback ) .

(١) مثال ذلك : قائمة القلق الناشئة عن الخوف من المرتفعات .

عند المشي بالقرب من حافة رابية والنظر إلى أسفل .

عند الوقوف على تل والنظر إلى أسفل لرؤية مجرى مائي .

عند النظر من نافذة من الطابق السادس .

عند الميول من درج طويل .

عند الوقوف على صندوق خشبي للوصول إلى شيء مرتفع .

عند الوقوف بدون حراك على كرسي .

عند الوقوف على منصة مرتفعة أو خشبة مسرح .

عند الوقوف الثابت على الأرض المستوية .

= هذه القائمة كما ترى تتدرج من المواقف الصعبة جداً والتي تثير نسبة عالية جداً من القلق إلى أقل المواقف إثارة للقلق . وغالباً ما يستخدمون ملرج عددي من ١ مئة إلى صفر ٠ للتعبير عن أقصى درجات القلق وأقلها ( سوين ١٩٧٩ ، ص ٣٩٢ ) .

(ج) العلاج الاجتماعي : إن إبعاد المريض عن مكان الصراع النفسي أو الصدمة الانفعالية أو تغيير الوضع الاجتماعي أو موقع العمل يمكن أن يساعد في علاج هذا الاضطراب .

(د) العلاج الديني : إن القلق العصبي الناتج بشكل خاص عن الخوف مما هو آت ، الخوف من الجهول ، قد يخفف منه وإلى حد كبير الإيمان بالله . سبحانه وتعالى والتسليم بقضائه وقدره والإيمان بأن لن يصيب المرء إلا ما كتبه الله له . وعليه يكون للعلاج المنطلق من العاطفة الدينية لدى المضطرب ضرورة لا بد منها في علاج القلق .

كما أن القلق الناشئ عن توقع الشر الذي لا يمكن رده وخاصة لدى تلك النفوس الآتمة ، التي خرجت على أوامر الله وارتكبت نواهيه وفقدت كل أمل في رحمته ، مثل هذه النفوس لا يحو قلقها إلا إذا علمت وآمنت أن لن يغفر الذنوب إلا الله وأن رحمته واسعة ، وباب الفرج مفتوح على مصراعيه شريطة أن يتوب الآثم توبة نصوحاً ، ويعود إلى تنفيذ أوامر الله والابتعاد عما نهى عنه .

ولكن يتأتى هذا للمضطرب لا شك أنه بحاجة ماسة لواعظ ديني مفتوح القلب صالي اللهن ، يأخذ بيده ويسرى عنه همومه ويعيد تربيته ليحو السلوكات المنحرفة ويحل محلها السلوكات السوية التوافقية سواء مع النفس أو مع المجتمع أو مع أوامر خالق هذا الكون .

ونعتقد بهذا أن مجال العلاج الديني خاصة مع هذا المضطرب مجال رحب وقابل للدراسة والتطوير .

### نماذج لعصاب القلق :

نعرض في ختام حديثنا عن هذا الاضطراب بعض النماذج زيادة في الإيضاح .

النموذج الأول : فتاة تشكو من مشاعر غامضة بعدم الاستقرار ، ومن خوف من أن شيئاً على وشك أن يقع . وعلى الرغم من أنها كانت تشعر بضرورة التوجه إلى العمل لتساعد في سداد نفقات الأسرة إلا أنها لم تكن تروض نفسها على أن تبدأ في شيء خشية أن تواجه أمراً مروعاً في العمل . وكانت قد تعرضت



لعدد من نوبات القلق العنيفة شعرت خلالها وكأنها لا تستطيع التنفس وكأنها قد وضعت في مظروف شفاف مغلق مختوم ، وخيل إليها أنها ستصاب بنوبة قلبية . ولم تكن قادرة على منع نفسها من الارتعاش ... وكثيراً ما فكرت في التخلص من حياتها كي ترتاح من هذه التوترات . ( سوين ، ص ٣٩٤ ) .

هذا وقد تضمن مجرى العلاج لهذه الحالة استكشاف مشاعر القصور والنقص عندها وخوفها من أن تقبل التحدى الصادر عن الوظيفة . ومساعدتها في توضيح إدراكاتها عما ينبغي لها أن تتوقع من العالم في التخفيف مما كان لديها من مخاوف وإدراكات غير صحيحة كما نُصِّح لها بأن تتدرب على سلوك إثبات الذات بوصفه عاملاً مناهضاً للقلق عندها .

**النموذج الثاني :** جاءت سيدة تستشير الطبيب في نوبات الرعدة والإغماء التي تعاني منها . تلك النوبات التي يسبقها قلق بالغ . وقد حدثت أول نوبة لها ليلة عيد الميلاد أثناء حضورها الصلاة . وقاجأها الطبيب بقوله : إنه يستطيع أن يحدد بالضبط الوقت الذي اعترتها هذه النوبة . وخلال دهشتها أن تكون له هذه القدرة قال : إنه عندما استمعت للآية ﴿ واغفر لنا ذنوبنا ﴾ فأجابت أن ذلك هو ما حدث بالفعل . ( دسوقي ، علم الأمراض النفسية ) .

وبدراسة الحالة تبين أنها كانت صالحة متدينة ، وقعت في الخطيئة لذا أشار عليها المعالج عند الرجوع إلى بلدها أن تلجأ للاعتراف متمنياً أن يقبض لها الله أباً رحيماً يقرأ ما يعذب قلبها من ألم القلق فيطمئنها بالصفح والغفران .

**النموذج الثالث :** شاب طويل القامة ، قوى البنية ، في العشرين من العمر ، يشكو من الخوف من الأماكن المتسعة وصف أعراضه عندما : يقف عند أى مكان مفتوح فتستولي عليه الدهشة ، ولا يستطيع قوة أن تمنحه الشجاعة للعبور وحده ، وإنما يستطيع ذلك إذا صاحبه شخص آخر .

وبدراسة الحالة اتضح أنه متعلق جداً بوالديه الفقيرين وهو يعمل صرافاً في أحد البنوك ، واعترف أنه طالما راودته فكرة أن يسرق كمية من المال ويهرب بها . فنصححه الطبيب أن يستبدل وظيفته كصراف بوظيفة أخرى تكون أكثر وأقل إغراءً . (١)

(١) لمزيد من العلاج لمصاب القلق يرجع إلى كتاب الدكتور الدسوقي ، علم الأمراض النفسية . دار النهضة العربية ، ١٩٧٤ ص ٢٦٤ - ٢٧٦ .

## الخلاصة :

القلق العصبي هو شعور علم غامض يأتي في نوبات تتكرر مع نفس الفرد مصدره غير واضح ، وغالباً ما يكون لا شعورياً ، هذا القلق هو عرض سائد في معظم الاضطرابات النفسية المختلفة فمن الممكن أن يتحول إلى أمراض نفسجسمية أو إلى المستيريا مثلاً وتساهم في إحداثه عوامل متعددة نفسية وبيئية وفسولوجية كما أن عامل الوراثة يمكن أن يزود الفرد بالاستعداد للقلق - وبناء على تعدد الأسباب تتعدد طرق العلاج ، بل يمكن أن يتعاون فريق عمل من المعالجين مثل الطبيب النفسي والأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي والواعظ الديني في علاج من يعاني من القلق .

## ٢ - المستيريا Hysterical Reaction :

لعبت وثائق قدماء المصريين الطبية دوراً كبيراً في إيضاح نشأة ومعنى هذا المرض . فقد قدم أطباؤهم وصفاً لمرض المستيريا تحت عنوان أمراض الرحم . ذلك أن الاعتقاد الشائع أيامهم ( ١٩٠٠ ق . م ) يتمثل في وجود ترابط بين الاضطرابات السلوكية والأعضاء التناسلية . وقد ذكرت بردية كاهون Kahun وصفاً لبعض حالات المستيريا من النساء :

« تلك المرأة التي تعشق الفراش وتنام دون حركة أو اهتزاز ، ولا تنهض منه أبداً ، وأخرى لا تستطيع الرؤية مع ألم في الرقبة وثلاثة تشكو من آلام في الفك والأسنان ولا تستطيع فتح فمها وأخيراً المرأة التي تشكو من أوجاع في أطراف الجسم مع آلام في مقلة العين » ( عكاشة ، ١٩٦٩ ، ص ٦٣ ) . وقد كانوا يردون هذا الأعراض كلها إلى حالة « الجوع » التي يعانيها الرحم بسبب انتقاله إلى مكان أعلى ، ومن هنا اتجهوا في العلاج إلى اشباع الرحم بوضع مواد وروائح نفاذة في المهبل حتى تنقبض عضلات الرحم وتعود إلى مكانها الأصلي .

أما لفظ « مستيريا » فقد استخدم لأول مرة في مؤلفات أبوقراط ( ٤٦٠ ق . م ) وقد اشتق هذا اللفظ من الكلمة اليونانية « هسترا » والتي تعني الرحم لأن الفكرة الشائعة في ذلك الوقت أن هذا المرض لا يصيب إلا النساء بسبب تحركات الرحم داخل جسم المرأة . وقد أوضحت المخطوطات الأغريقية علاقة المستيريا بالحرمان الجنسي والتغيرات العضوية التي تحدث في الرحم .

أما في العصور الوسطى فقد رد الكهنة هذا المرض إلى حلول الأرواح الشريرة في مرضى المستيريا ، وأن الشيطان قد تملكهم ، وعليه فلا علاج لهم إلا القسوة والتعذيب ومن ذلك : حلق شعور النساء ، والهجوم عليهن ورجمهن بالحجارة ، وأحياناً قتلهن .

ومع بداية القرن السابع عشر أعلن شارل لبوا Charles Le Poi أن هذا المرض يصيب الجنسين وأن مصدره المخ لا الرحم . وكان لا بد من انتظار القرن التاسع عشر حتى يأتي شاركو الفرنسي ليفسر هذا المرض على اعتبار أنه استجابة لعوامل وأفكار نفسية لدى بعض الأفراد المهيبين وراثياً له . ومن ذلك الحين أفاض العلماء أمثال جانيه Janet وفرويد وبروير Breur في دراسة العوامل النفسية الكامنة وراء هذا المرض .

وما زال الجدل قائماً بين بعض الأطباء النفسيين حول ما إذا كان مرض المستيريا مرضاً نفسياً مستقلاً أم أنه يختلط بمجموعة أخرى من الأمراض .

ففي حين نجد العالم البريطاني سليتر ( Slater , 1963 ) يعلن عن وجود أمراض متعددة لدى المستيريين مثل : الصرع ، الفصام ، الاكتئاب ، القلق ، أمراض عضوية في المخ ، مما يدعو إلى ضرورة التأي في تشخيص هذا المرض حتى لا يعمينا التشخيص السريع عن الأمراض الحقيقية التي يعانيها المريض نجد في الجانب الآخر الأطباء الذين يعملون خاصة في الأماكن المتخلفة حضارياً يزمون بوجود مرض المستيريا كمرض مستقل . له أعراضه الخاصة به والتي تتأثر بثقافة الفرد والمجتمع الذي يعيش فيه .

والذي يهنا هنا ليس هذا الخلاف ، إذ يبدو أن الدوائر السيكولوجية مجمعة تقريباً على وجود هذا المرض ، ولا نذهب مع سليتر في تطرفه ، إنما الذي يعيننا هو التعرف على مجموعة الأعراض الخاصة بهذا المرض .

أعراضها : تتميز الشخصية المستيرية بالأعراض التالية :-

١ - عدم النضج الانفعالي : ونعني به عدم الثبات في العاطفة ، مع سطحية الانفعال وسرعة تحوله من حالة وجدانية إلى نقيضها لأنفه الأسباب ، وعدم القدرة على ضبط الانفعالات والتحكم فيها . وغالباً ما يكون صاحب هذه الشخصية مرحاً محبوباً من طرف المحيطون به . يتأثر بسهولة بهم ويتخذ قراراته بناء على المزاج اللحظي له .

٢ - الأنانية مع حب الظهور والمحاولات الدائمة لجلب انتباه الآخرين والتمركز حول الذات . يتفنن التمثيل في الملبس والتبرج وطريقة التكلم بدرجة تجرح من يلاحظه ، ومن الوسائل التي قد يستخدمها لجلب النظر إليه الاستفزاز الجنسي فهو دائماً يفسر أى إطراره له من طرف أحدهم على أنه يرغبه جنسياً ، كما أنه يتفنن تقمص الأدوار الملائمة للموقف ، إذ من السهل عليه التحلل من شخصيته الأولى واكتساب شخصيات أخرى تتلاءم مع الظروف الجديدة كالممثلين تماماً . وبناء على هذه القدرة فإن الأشخاص المستيريين غالباً ما ينجحون في الوظائف التي تحتاج لعلاقة مباشرة مع الجماهير كالحفظة والعلاقات العامة والتمثيل ... الخ .

٣ - ظهور أعراض جسمية حركية دون وجود أية إصابة أو تلف عضوى . ومن بين الأعراض الحركية للمستيريا الشلل ، وتقلص عضلات الوجه واختلاجاتها . ومن الأعراض الحسية نجد تخدر الحس أو التمثيل أو شدة الحساسية . ومن الأعراض الحشوية : فقدان الشهية للطعام والشره والقيء واختلاج النفس وآلام البطن وانتفاخها ... الخ .

٤ - ظهور بعض الأعراض مثل : النسيان والتجوال النومي والهروب وحالات الغيبوبة والأحلام والنوبات المستيرية ، ( دسوي ، ١٩٧٤ ) ، والخيف الخصب . وبالنسبة لحالات الغيبوبة فإن المستيرى يعرف تماماً متى تأتية الحالة لذا نادراً ما يتعرض لأضرار كما هي حالة المصاب بالصرع الذى تأتية الأزمة بشكل مفاجئ دون سابق إنذار . كما عرف عن المستيرى أنه لا يكثر كثيراً لمرضه الجسمي أو عجزه ، وقد أطلق جانيه على هذه الحالة اسم اللامبالاة الجميلة ( La belle Indifference ) .

أسبابها : ثمة مجموعة من العوامل التي يمكن أن تكون وراء العرض المستيرى نذكر منها :

( أ ) العوامل النفسية : يذهب فرويد إلى أن الأعراض المستيرية تعود أساساً إلى صدمات أو أنواع من الصراعات الجنسية ذات الشحنات الانفعالية القوية والمكبوتة والتي تحولت إلى أعراض جسمية كمتنفس لها أو مخرج . وما زال العديد من المحللين النفسيين يتقبلون وجهة النظر هذه . وبالتالي فهم يرون أن العمى المستيرى قد ينتج عن مشاعر الاحساس بالألم من مشهد بصرى . وأن

العجز الكلامي قد يكون عقاباً على السباب الفاحش . واليد المشلولة هي كذلك حتى لا تستخدم في العدوان ثانية . إن هذا التفسير لبعض الحالات المستيرية يقود إلى اعتبار هذا الاضطراب عملية دفاعية عن الذات ، تهدف إلى استبعاد التوترات والألم .

كما أن التناقض الوجداني Ambivalence الذي يعيشه الفرد يمكن أن يؤدي إلى الاضطراب المستيري . فالجندي الذي يرغب في الحصول على تقدير رفاهه واعترافهم بشجاعته وفي نفس الوقت ينفر من الموت والدمار مثل هذا الجندي يمكن أن يصاب بالمستيريا .

(ب) العوامل الفسيولوجية : يذهب السلوكيون إلى ربط الاستجابة المستيرية بضعف القشرة اللحاء إذ يقول بافلوف : « إن لدى المصاب بالمستيريا قشرة دماغية ضعيفة ، مع ضعف سائد في الجهاز الإشاري الثاني 2nd Signal System ، مما يؤدي إلى عدم كفاية اللحاء الأسفل Subcortex والجهاز الإشاري الأول . وتحوى القشرة الدماغية السفلى هذه القوس العصبي وموقع الانعكاسات غير الشرطية ( ومعظمها غرائز موروثة ) فيكتب اللحاء مظاهر هذه الغرائز . وفي حالة ضعف اللحاء من الأشخاص ربما تنفس الغرائز كبها في استجابات دفاعية سلبية قد تأخذ أحياناً شكل إثارة حركية ( نوبة ارتعاش ) أو شكل كف حركي ( غيبوبة هستيرية ) (١) . (دسوقي ١٩٧٤ ، ص ٢٥٧) .

#### علاج المستيريا :

مريض المستيريا يعالج في الغالب علاجاً نفسياً ، ولكن هذا لا يمنع من تدخل العلاج الطبي إلى جانب العلاج النفسي في الكثير من الحالات .

(أ) العلاج النفسي : يتوجه هذا النوع من العلاج إلى الكشف عن العوامل الدفينة اللاشعورية المسببة للأعراض وذلك باستخدام تقنيات التحليل

(١) يرى بافلوف أن السلوك يتم بالتوازن والتوافق بين النظم الثلاثة للجهاز العصبي وهي النظم الأول : نظم الأعمال المنعكسة ( الغرائز والدوافع .. الخ ) النظم الثالث : يسي عند الإنسان الجهاز الإرشادي الأول ، يشمل انعكاسات شرطية تبه النظم الأول . أما النظم الثالث يسمى الجهاز الإشاري الثاني ولا يوجد إلا لدى الإنسان ويتكون من اشارات ترشد النظامين السابقين وغالباً ما تكون هذه الإشارات رمزية أي « كلام » للمستيريا تنتج عن سيطرة النظم الإشاري الأول نتيجة تفكك النظم الإشاري الثاني . ومن هنا فالمستيريا تصيب الإنسان وتصيب الحيوان أيضاً .

النفسي ، أما إذا كان المصاب يعاني من فقد الذاكرة أو فقد الصوت فيلجأ إلى حقنه في الوريد بحقنة أميثال الصوديوم مثلاً ، أو من خلال استنشاق ثاني أكسيد الكربون أو أكسيد النيتروجين ، وذلك لتسهيل عملية التفريغ العقلي للمصاب Abreaction أى جعله يتحدث عما يكون قد نسيه من أحداث .

ولا بد من الحلول العملية للصراعات النفسية التي يكتشفها المعالج بحيث لا تقدم للمريض بشكل مباشر إنما تترك له الفرصة لتكوين آرائه وحلوله الخاصة به وتمكينه من التأقلم مع البيئة المحيطة به .

كما أن على المعالج النفسي أن يتذكر دائماً أنه يتعامل مع شخصية طريفة قادرة على التمثيل والكذب وقابلة للإيحاء ، فلا يصدق شكاوى المريض التي غالباً ما تتغير من يوم لآخر ولا يسارع في تقديم الحلول السهلة .

(ب) العلاج العضوي : تعطى العقاقير اللازمة بإشراف الطبيب النفسي لتخفيف حالة القلق والاكتئاب المصاحبة للهستيريا ، ولرفع روحه المعنوية . وكذلك تعطى العقاقير المقوية لتحسين صحته الجسمية .

### نماذج من الحالات الهستيرية :

نقدم فيما يلي بعض الحالات الهستيرية لنرى من خلالها كيف تعمل بعض العوامل النفسية في إحداث مرض جسدي .

النموذج الأول : « حالة آنسة تبلغ من العمر ستة عشر عاماً ، كانت تشجع والدها على الزواج بعد وفاة والدتها في طفولتها ، وبقاء الوالد عزباً لتربية أطفاله ، وقد تم عقد قران هذه الفتاة ، وستترك المنزل خلال مدة بسيطة ، ومن جراء حشها للوالد على الزواج فقد أقدم عليه وفي يوم زفافه وبينما كانت تتزين ، جاء إليها وطلب منها الهجاء لمصافحة زوجة أبيها ، فنهضت مع أبيها وإذ بها تسقط على الأرض في حالة شلل بالساقين » ( عكاشة ، ١٩٦٩ ) .

إنّ هذا النموذج يبين لنا كيف أن هذه الفتاة بالرغم من رغبتها الشعورية في زواج والدها إلا أنها لا شعورياً لا توافق على هذا الزواج ، وقد عبّرت عن عدم موافقتها بهذا العرض الجسدي الذي سمحتمها طبعاً من السلام على زوجة أبيها وتحويل الزفاف إلى موقف محزن .

**المؤذج الثاني :** شاب نشأ في جو أسرى مترمت ، كان والده يحفره من مزاوله العادة السرية ومع هذا كان يمارسها بإفراط ، ولكن صراعه بين حاجاته البيولوجية وضميره الديني جعله في حالة قلق وإكتئاب نفسي شديد ، انتهت باصابته بشلل في الذراع الأيمن يمنعه من مزاوله هذه العادة .  
( عكاشه ، ١٩٦٩ ) .

انظر كيف أن الشلل المسترعى هنا تعبير عن صراع نفسي بين الرغبة في الممارسة والخوف من الله . فهو لم يستطع الكف الشعوري عن تلك العادة فلجأ إلى هذه الحيلة الدفاعية اللاشعورية .

**المؤذج الثالث :** شاب اهتم في حادث اختلاس ولم يكن له دور يذكر سوى أنه شاهد المختلس الذي ألقى التهمة عليه . وفي التحقيق أقنعه المحقق بأن يكون شاهد إثبات ضد زميله المختلس الحقيقي الذي ترقى على حسابه وشغل المنصب الذي حُرِم منه بسبب اتهامه له بالاختلاس . وعندها قرر أن يتقدم بشهادته أمام المحكمة . ولكنه وهو يسير في الطريق سمع المختلس الحقيقي وزملاءه ينادونه ويحرقونه ويؤنبونه لأنه باعهم لينجو بجلده . بل أن هؤلاء حاولوا الاعتداء عليه بالضرب في الطريق العام ، ولكنه نجا من عدوانهم وعاش وهو يعاني قلقاً شديداً وتوقفاً لخطر وصراعاً بين الرغبة في أن يتخلص من شعوره بالذنب لإخفاء الشهادة وبين خوفه من سطوة العصابة الشريرة وبعد يوم واحد من هذا الصراع وجد أنه لا يمكنه أن يتكلم بالمرة .

أورد هذه الحالة « كامرون » ليوضح كيف يلعب القلق والصراع دوراً في حالات التوقف المسترعى للصوت . كما توضح هذه الحالة كيف أن العرض المسترعى يصيب الجزء أو الجهاز من الجسد القريب جداً من موضوع الصراع . فموضوع الصراع هنا هو الإدلاء بالشهادة . وعليه فأقرب الأجهزة الجسمية له هو الجهاز الصوتي .

**المؤذج الرابع :** صبي يبلغ الخامسة عشر من عمره ، يشكو من أنه يرى جيداً في وقت الاستذكار ولكن ما إن يبدأ يفتح كتاب اللغة الإنجليزية إلّا ويفقد القدرة على الإبصار تماماً ، ويرى الحروف تتراقص أمام ناظره للدرجة يصعب معها القراءة ولقد استعمل الطبيب معه جميع الفحوص التي أكدت خلل الشبكية من أى خلل أو إصابة ، كما تأكد خلل الجهاز العصبي المركزي من أى التهاب أو مرض .

بدراسة الحالة تبين أنه ابن لشرطي . وأن الأب كان قلقاً شديد الاهتمام بمستقبل ابنه الدراسي للدرجة أنه كان يوقظه من نومه في منتصف الليل بعد عودته من الدورية ليتأكد من مراجعته للغة الإنجليزية . وكثيراً ما كان يعاقبه بشدة إن وجد منه تقصيراً .

وثبت تكرار رسوب الصبي في اللغة الإنجليزية وبالتالي تكرار تعرضه للعقاب البدني العنيف . ولقد صرح الصبي أنه كان يتمنى لو اتاحت له فرصة التعليم الأزهري الديني بدلاً من التعليم في المدارس العامة ( القوصي ، ١٩٧٠ ) .

هذه الحالة مثال للعمى المستعري الناشئ أيضاً من الصراع الذي عاشه الصبي بين رغبته في عدم تعلم اللغة الإنجليزية وخوفه من العقاب إن هو قصر فيها وهذه الحالة كسابقتها تفرغ العرض المستعري في الجزء الحسي القريب من موضوع الصراع وهو البصر .

#### الخلاصة :

إن المستعري من بين الاضطرابات النفسية القليلة التي لفتت الانتباه إليها منذ أقدم العصور ، ولكن ربط هذا الاضطراب بحركة الرحم وما إلى ذلك من الأفكار البدائية قد حل محلها معارف أكثر وضوحاً وموضوعية ، وأصبحت أعراض هذا المرض أكثر دقة بحيث يتميز عن غيره من الاضطرابات النفسية والتكوين الجسمي المائل للنحافة ( التكوين الواهن ) وعدم النضج الانفعالي وظهور أمراض جسمية حركية مرضية في غياب أية إصابة أو تلف عضوي ، وكذلك ظهور بعض الأعراض مثل النسيان ، وحالات الغيبوبة ، والأحلام ، والخيال الإيهامي الخصب ... الخ كلها تشكل أدلة على هذا الاضطراب .

هذا وقد أثبتت الدراسات أن هذا الاضطراب تساهم في إحداثه جملة من العوامل النفسية والفسولوجية والضغط البيئية أما من حيث العلاج فإن أكثر الطرق نجاحاً هو العلاج النفسي المتعدد الأوجه : فالتحليل النفسي ، والعلاج السلوكي ، والعلاج بالعمل والعلاج الترفيهي والعلاج الأسري ... الخ يمكن أن تؤدي إلى نتائج إيجابية . كما أننا لا نستبعد إمكانية اللجوء إلى الطبيب النفسي لمساعدة المعالج النفسي برفع الروح المعنوية للمريض أو تأجيل نوباته المستعرية .



### ٣ - عصاب الوسواس القهري Obsessive Compulsive Neurosis :

يقول تعالى : ﴿ قُلْ أَعُوذُ بِرَبِّ النَّاسِ ، مَلِكِ النَّاسِ ، إِلَهِ النَّاسِ ، مِنْ شَرِّ الْوَسْوَاسِ الْخَنَّاسِ ، الَّذِي يُوَسْوِسُ فِي صُدُورِ النَّاسِ ، مِنَ الْغِيَةِ وَالنَّاسِ ﴾ صدق الله العظيم .

ليس غريباً على خيرة كل إنسان عاقل هذا الوسواس الذى يتسلط على الفرد أحياناً فيقضى مضجعه ويقلق نفسه ويعكر عليه صفو مزاجه . فيسارع بطرد هذه الوسواس بالاستعانة بذكر الله إن كان من المؤمنين أو بالانخراط في إشكالات الحياة اليومية التي تنسيه تلك الوسواس أو بالكبت في مواقف أخرى . وهذا الوسواس يعاينه السوى وغير السوى ، ولكنه يصل في بعض الأحيان إلى درجة من الشدة بحيث تتبدى على من يعاينه اضطرابات نفسية تحرفه عن جادة الصواب . وقد تصل به إلى اضطرابات في بعض الوظائف العقلية .

ولعل ما يميز الوسواس عند المعادين عنه عند المرضى ، أنه في الحالة الأولى لا يمتد لفترة طويلة ولا يؤثر على سلامة التفكير بشكل فعال ، ومن السهل أن يزول أى أثر له مع الزمن والانشغالات الأخرى . أما الوسواس المرضي فيتمحكم تماماً في الوظائف الشعورية ، ويرادود المريض بصفة مستمرة . مجبراً إياه على التفكير والاعتقاد بطريقة معينة . وقد يصل به الأمر إلى أداء سلوكات غريبة معينة تعود إلى دوافع ونزعات تستحوذ على الفرد فلا يستطيع مقاومتها كهنا الذى يلجأ إلى الإكثار من غسل يديه أو الإكثار من تبديل ملابسه أو تفقد مكتبه أكثر من مرة قبل أن يفاديه ... الخ .

وقد عرف هذا النوع من الاضطرابات العصائية أول ما عرف باسم النيورستانيا وعصاب القهر . ويقصد بعصاب القهر صور المخاوف المختلفة والأفكار المتسلطة ، مع أن التسلط يختلف عن المخاوف في أن القلق الذى يظهر في الأول يكون من عدم إنجاز الفعل بينما في الثاني يكون القلق من إتيان الفعل . أى أن المصاب بالتسلط يتخلص من القلق بعدم الخروج على عاداته السلوكية ، كالسير في طريق معين أو النوم على جنب معين أو الأكل بطريقة معينة ... الخ ، أما الآخر المريض بالخوف فإنه يحمي نفسه من القلق بالامتناع عن الفعل فلا يعبر الشوارع لحرقه من السيارات ، ولا يصعد الطوابق العليا ، ولا يركب الطائرة ... الخ .

ميز علم الأمراض النفسية بين التسلط الفكري ( الوسواس ) وتسلط  
الأفعال ( القهر ) ، ويعود الفضل في تمييز أمراض الوسوسة إلى الألماني ( فلهلم  
اشتيكل ) الذي قسمها إلى تسلط أفكار ، وتسلط أفعال ، وتسلط أفكار  
وأفعال . وتعامل مع هذا الاضطراب باعتباره مركب من تسلط الأفكار  
والأفعال .

أعراضه : من أعراض هذا الاضطراب :-

- ( أ ) تسلط محتوى ذهني معين كوجود أفكار أو اندفاعات أو مخاوف  
أو طقوس حركية مستمرة (١) ، أو دوران الفكر في حلقة مفرغة . . .  
( ب ) يقين المريض بعدم معقولية وتفاهة وساوته ورغم ذلك يستسلم لها .  
( ج ) إحساس المريض بقوة هذه الوسوس وسيطرتها عليه وفشلها في  
التخلص منها مما يترتب عليه شلل اجتماعي وآلام نفسية شديدة ( عكاشه ، الطيب  
النفسى المعاصر ) .

( د ) قابلية الوسواسي المتزايدة للإحباط فيما يتعلق بصحته نتيجة لما يعانيه  
من إجهاد ناتج عن انفعاله وقلقه ومومته المستمرة . مما يجعله أكثر انتباهاً وتركيزاً  
على أى أعراض مرضية تصيب جسمه ، وغالباً ما يعاني الوسواسي من اضطراب  
في الجهاز الهضمي ، ذلك أن حالة الإجهاد الذهني تؤدي إلى بطء معدل الهضم ،  
وهذا يؤدي إلى اضطراب في عملية الهضم تنشأ عنه اضطرابات حشوية حقيقية .

( هـ ) معاناة المصاب بصداق دائم يصاحب عملية تفكيره . هذا الصداق  
ناشئ عن رغبته في التركيز على فكرة معينة وعدم قدرته على التحكم في تسلسل  
أفكاره ، ووقوفه موقف الاختيار بين الفعل الأخلاقي والفعل للأخلاقي ... الخ .  
ورغم ما يعانيه من صداق إلا أنه يلجأ إلى إخفاء آثاره الانفعالية وإيجاد المبررات  
لما يقوم به من أفعال أو أفكار .

---

(١) الأعراض الإكلينيكية لهذا الاضطراب هي : ( أ ) الأفكار والصور مثل صورة لنظر كرهه ،  
جمل معينة تردد على لسانه ، نغمة موسيقية مستمرة ... الخ . ( ب ) الاندفاعات Impulse الرغبة في رفض المارة  
بالشارع ، أو دفع إخوته من الشرفة ، أو القاء نفسه من الأدوار العليا ، أو الضحك في جلسة ... الخ .  
( ج ) الطقوس الحركية : غسل الأيدي ، البحث عن الحشرات أو لمس أعمدة النور ، أو تسليق السلام  
بطريقة خاصة ... الخ . ( د ) المخاوف القهرية : الخوف من الجوامع أو الأماكن المزدحمة أو الحيوانات ... الخ .

## أسبابه :-

إن هذا العصاب من أقل الأمراض النفسية شيوعاً إذ لم تصل نسبته إلا إلى ٢,٢ ٪ من بين المترددين على عيادة الطب النفسي بمستشفى جامعة عين شمس بالقاهرة ومهما تكن ضالة هذه النسبة فإن لهذا الاضطراب أسباب متعددة كغيره من الاضطرابات النفسية الأخرى نذكر من هذه الأسباب :-

( أ ) العامل الوراثي : ويلعب العامل الوراثي دوراً في نشأة الوسواس القهري خاصة في مساهمته في إيجاد سمات الشخصية الوسواسية ، فقد وجد أن ٧٢ أولاد المرضى بالوسواس يعانون نفس المرض وكذلك ٧٠ الأخوة والأخوات كما وجد في دراسة حديثة أن التاريخ العائلي لمرض الوسواس في مصر يظهر في ٢٦ مريضاً من ٨٤ حالة أى حوالي ٣٠ ٪ ( عكاشه ، ١٩٦٩ ) .

( ب ) العامل النفسي : يميل علماء التحليل النفسي الفرويديون إلى إرجاع هذا الاضطراب إلى المرحلة الشرجية في تكوين شخصية الفرد (١) وقسوة رقابة الأنا الأعلى للفرد ، ولكل تصرفاته مما يخلق لديه الوسواس والشك في عدم قدرته على التحكم في تصرفاته ومراقبتها .

— ( ج ) العامل الفسيولوجي : تشير الدراسات إلى أثر هذا العامل من خلال ما توصلت إليه من نتائج مفادها أن هذا الاضطراب يصيب الأطفال الذين لم يكتمل نضج جهازهم العصبي بعد ، كما أثبت أيضاً وجود اضطرابات في رسام المخ الكهربائي هؤلاء المرضى واحتمال ظهور الوسواس بعد بعض أمراض الجهاز العصبي مثل الحمى الخفية والصرع النفسي الحركي .

كما ذهب البعض إلى أن الوسواس القهري ناتج عن وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء الدماغ ، وهذه البؤرة تسبب حسب مكانها في اللحاء فكرة أو حركة أو اندفاعاً .

( د ) العامل الاستعدادي : ونعني به تمتع الفرد بسمات تؤهله ليكون أكثر استعداداً للإصابة بهذا الاضطراب من هذه السمات : الصلابة وعدم المرونة ، وصعوبة التكيف والتأقلم ، مع حب النظام والروتين ، وضبط المواعيد ،

---

(١) يلعب فرويد إلى أن هو النفسي الجنسي للفرد يمر في مراحل هي المرحلة الفسية ، المرحلة الشرجية ، المرحلة القضيبية ، مرحلة الكون ، المرحلة التناسلية ، حيث تتركز طاقة الليبيد الجنسية في منطقة مينة من الجسم .

والدقة والاهتمام بالتفصيلات ، والثبات في المواقف الشديدة . (١)

(٥) العامل الديني : لا شك أن القيمة الدينية تشكل جزءاً أساسياً من سلم القيم في كل المجتمعات المتدينة ، ومهما تدنت فعالية هذه القيمة لدى فرد ما في موقف ما أو لدى مجتمع معين في موقف معين ، إلا أنها تبقى كطاقة كامنة سرعان ما ينبجس نورها فتشرق في النفس الإنسانية تملأها طمأنينة وراحة وصحة وسعادة إن كانت تلك النفس مؤمنة بالله متوافقة مع أوامره ونواهيه . وبالعكس تملأها خوفاً وقلقاً وبأساً إن كانت تلك النفس زائفة عن الهدى ، خارجة عن فطرتها الخيرة .

إن موقف الخوف والرعب الذي قد يعانيه كل من تطرق الشك والشبهة إلى عقيدته بفعل الوسوس الشيطانية ، يمكن أن يخلق لدى صاحبه الوسوس القهرية أفكاراً كانت أو أفعالاً ، فالإنسان الذي يعتقد أنه ذاهب إلى النار لا محالة كنتيجة طبيعية لما ارتكبه من آثام ويقضي نهاره وليله باكياً ، ويعزل عن حوله ويصبح فريسة للخوف والقلق ... مثل هذا الإنسان يعيش تحت وطأة فكرة مسيطرة تدفعه إلى أداء أفعال قهرية شاذة .

### علاج الوسواس القهري :

(أ) العلاج النفسي : المصاب بهذا الاضطراب يتطرق إليه الشك في قواه العقلية ويعتقد أنه في طريقه لفقد تلك القوى وبالتالي فهو بحاجة ماسة لمن يأخذ بيده ليطمئنه ويفسر له الأعراض التي تتبدى عليه بطريقة واضحة دون الاستعانة بالفاظ ضخمة مثل عقدة أوديب ، التثبيت الأبوي ، الجنسية المثلية ... الخ . من مصطلحات التحليل النفسي (٢) ودونما حاجة إلى البحث عن الصدمات الطفلية إلا في حدود معقولة .

---

(١) لا شك أن الإنسان الناجح يحتاج إلى بعض سمات الشخصية الوسواسية وعصاة الذي يعمل في المنهن الإدارية والمالية والجيش والأرشف والسكرتارية ولكن المغلاة في هذه السمات يمكن أن يتسبب في مشكلات نفسية مرضية .

(٢) لحسن فينكل عام ١٩٣١ الصعوبات التي تواجه المحلل النفسي في علاج الوسواس القهري كالآتي : -

صعوبة عملية التحويل وبالتالي عدم وجود التجارب الانفعالي مع المريض . التفرع المستمر في

فالمعالج النفسي يستطيع أن يستثمر قابلية الفرد الوسواسي للإيحاء فيثير الكثير من الانفعالات والمعتقدات لديه . كما أن عليه أن يتذكر أن الوسواسي يعاني الصراع غالباً فهو بحاجة لمن يأخذ بيده ليعاونه في تركيز انتباهه وتفكيره في موضوع معين ، ولأن يعاونه في اتخاذ القرار لإنهاء ما يعانيه من صراع . دون استخدام الوعظ المباشر بشأن مشاكله الجنسية والعاطفية والزوجية والمهنية . مثل هذه المعاونة لا تؤدي آثاراً إيجابية إلا إذا استطاع المعالج أن يتجلبب انفعالياً مع مريضه . كما يمكن للمعالج استخدام تقنيات العلاج النفسي السلوكي تبعاً للحالة . (١)

(ب) العلاج الاجتماعي : وفيه ينصح المريض بتبديل مكان إقامته أو عمله خاصة إذا كانت الأفكار أو الأفعال الوسواسية متصلة بالمكان أو بطبيعة العمل ولا شك أن هذا الانتقال قد يكون عاملاً مساعداً في التقليل من آثار الوسواس .

(ج) العلاج العضوي : يتدخل العلاج الطبي في الحالة الصعبة والتي يغفل معها العلاج النفسي واليبي . وفي هذه الحالة يمكن تقديم العقارات المضادة للاكتئاب والقلق .

(د) العلاج الديني : ينطلق العلاج الديني الموجه للوسواسي المسلم من الآية الكريمة : ﴿ وإما ينزغلك من الشيطان نزغ فاستعذ بالله ﴾ وعليه فإن توجيه هذا الفرد إلى ذكر الله ، سواء بالاستعاذ إليه في مجالس استعاذ القرآن الكريم ، تلك المجالس التي تتطلب آداباً خاصة كالطهارة : طهارة البدن والثوب والنفس والخشوع والتوجه إلى الله والتفكير في معاني كلامه ، أو تلاوة القرآن الكريم في مجالس التلاوة . كما أن توجيهه إلى أداء الصلاة بما فيها من تلاوة وخشوع وحركات ، وبما تحمله من توجه مباشر إلى الله سبحانه وتعالى حيث يدعوه الإنسان المضطرب ويطلب منه العون ... وتوجيهه إلى الصيام والزكاة وغير ذلك من العبادات الإسلامية يمكن أن يكون عوناً له في التخلص من وسوسه .

---

- أعراض المرض ، عدم قدرة المريض على الاسترخاء ، استحالة قناعة المريض بالتنازل عن مثاليته أو عن مضيقاته ( عكاشة ، ١٩٦٩ ص ١٢٤ ) .  
(١) انظر هذه التقنيات ص ١٩١ - ١٩٢ .

إن العلاج الديني لا يقف عند هذا الحد ، إنما يتوجه من خلال التربية القرآنية إلى توجيه الوسواسي للتخلص من كثير من السمات والعادات التي يشب عليها كالصلابة وعدم المرونة والمغالة ، مما يساعد أيضاً في سرعة الشفاء .

### نماذج لعصاب الوسواس القهري :

نعرض فيما يلي بعض النماذج لحالات عصاب الوسواس القهري على أمل أن تساهم في إيضاح صورة هذا الاضطراب .

**النموذج الأول :** « فتاة في الثالثة والعشرين من عمرها متزوجة حديثاً من مهندس يعمل في نفس المدينة التي ولدت فيها . جاءت إلى العيادة النفسية تشكو من أفعال تقوم بها دون أن تدري ما الذي يدفعها لفعلها ، مثال ذلك الاعتسال المستمر ، استرقاق وقت طويل في الحمام ، تبديل الملابس باستمرار ، وتبديل فوط السرير عدة مرات في اليوم ، وغسل اليدين المستمر .

وبعد دراسة الحالة ، ظهر أنها تعاني بروداً جنسياً ، يصل إلى حد رفض زوجها مما سبب لها متاعب كثيرة أهمها : إحساسها أنها مقصرة في حق زوجها الذي يستحق كل خير ، فهو متفهم لها ، متعاون معها من أجل أن يخلصها مما هي فيه ، وفعلاً كان الزوج حريصاً على أن يحضر مع زوجته للعيادة وفي المواعيد المحددة رغم طول الوقت وتكرار الجلسات . فكل ما كان يجهه هو شفاء زوجته .

كما اتضح أيضاً من الدراسة أن هذه السيدة كانت على علاقة ما قبل الزواج بزواج أختها الذي حاول مراراً أن ينفرد بها ويمتدئ عليها .<sup>(١)</sup>

إن هذه الحالة نموذج واضح للوسواس القهري الذي تبدي على شكل طقوس حركية لتفريغ القلق النفسي الذي تعانيه تلك الحالة . ولا شك أن التجربة القاسية التي مرت بها قبل الزواج كان لها دور في إحداث هذه الأعراض وقد تحسنت الحالة كثيراً بعد جلسات العلاج النفسي وبعض العقاقير الطبية المناسبة .

**النموذج الثاني :** سيدة كانت تلح عليها الرغبة في ذبح ابنتها . وأصبحت تعاني من جراء هذا الاندفاع معاناة شديدة لأنها لا تصدق أنه يمكن التفكير بهذه

---

(١) هذه الحالة هي إحدى الحالات التي عالجتها في العيادة النفسية التابعة لكلية التربية - ليبيا .

الصورة ، وكانت تصرخ : إنني مجنونة ، اذبحوني قبل أن أذبحها ، اسجنوني ... وأصبحت لا تدخل المطبخ وتخاف من رؤية السكاكين حتى تم علاجها .

**المودج الثالث :** جاء شخص يوماً إلى العيادة النفسية باكياً في هدوء ، يرجو تحويله إلى مستشفى الأمراض العقلية ، ولما طلب منه الطبيب أن يعطيه التفاصيل عن شكواه رفض بشدة وأخبره أنه يستحق أن يدخل المستشفى ، أو السجن ، وأن ما بداخله لا يستطيع أن يبوح به ، واستمر في البكاء حتى انهار تماماً وبدأ يعترف بأنه يعتره اندفاع حيث لاغتصاب ابنته البالغة من العمر خمس سنوات . وكذلك صديقاتها اللواتي في نفس السن . وأصبح يبكي كلما رآها ولا يعلم وهو الرجل التقى الحاج الورع الذي لم يفعل سوءاً في حياته ، كيف تنتابه هذه الرغبات . ( عكاشه ، الطب النفسي المعاصر ) .

هذان النموذجان الأخيران مثالان حيّان لنوع آخر من أعراض الوسواس القهري وهو الاندفاعات التي لا سيطرة للفرد عليها وليس لديه تفسير واضح لأسبابها .

**المودج الرابع :** ( أورده استيكل ) : منذ زمن قريب دخل رجل مكتئب ، بسيط الثياب والمظهر وصاح قاتلاً : انقلني يا دكتور إنني على وشك أن انتحر ، لا أستطيع التخلص من مرضي . سألك : ماذا بك يا أخي ؟ ، وجاءت إجابته سريعة ومختصرة لا أستطيع أن أتبول . وشك الطبيب في وجود علة عضوية ، احتباس مجرى البول ، اضطراب في المثانة ، أو الحبل الشوكي ، لكن الفحص الطبي أثبت أن الرجل سليم تماماً ، فاندفع الرجل يقول في اكتئاب : يا دكتور أنا أعلم أن عملية التبول عندي سليمة ، ولكن تستولي على فكرة أنني لا أستطيع التبول . وأنام وأصبح على هذه الفكرة . أنا أعلم أن هذا عبث ، وأنتي في الحقيقة غير عاجز عن التبول ولكني لا أستطيع التخلص من هذه الفكرة .

يقول استيكل : إن كلام هذا المريض يذكرنا بتعريف وستفال Westphal للأفكار المتسلطة بأنها تظهر في شعور المريض رغم إرادته ودون تأثير على ذكائه .

وبدراسة هذه الحالة اتضح أنها تلت العلاج الطبي كالحبوب المنومة والبروميد والجلسات الكهربائية دونما فائدة . ولكن من خلال جلسات العلاج

النفسى اتضح أن الرجل لم يكن سعيداً في زواجه ، وأنه ارتكب الفاحشة مع إحدى السيدات . ولما كان الرجل كاثولوكياً متديناً اعتبر أن خيانه لزوجه جريمة قاتله . فجاءت فكرته « لا أستطيع أن أتبول » كتعبير رمزي لفكرة أخرى مفادها « لا أستطيع معاشره زوجتي - بعد هذه الخيانة ، إنني أفضل الموت » . ( Stekel , 1946 ) .

### الخلاصة :

إن عصاب الوسواس القهرى رغم قلة انتشاره إلا أنه يشكل خطورة على صاحبه من حيث إنه يوحى إليه بقرب فقدته لعقله . حينما يجد نفسه أمام هذا الكم من الأفكار المتزاخرة التي لا يستطيع أن يرتبها أو يوقفها . وأمام هذه الأفعال اللامنطقية والتي لا يجد لنفسه فكاً من أسرها . وهذا الوضع قد يدفع بصاحبه إلى الاستعانة بالسحر والشعوذة حين يجد أن العلم الحديث لم يقدم له ما يشفيه . وهذا الاضطراب كغيره نتاج مجموعة عوامل وراثية ونفسية وفسولوجية وبيئية خاصة أسلوب التنشئة الاجتماعية الذى يخلق شخصية تتصف بالصلابة وعدم المرونة وصعوبة التكيف ... الخ . أما من حيث العلاج فنعتقد أن هذا الاضطراب بحاجة إلى فريق عمل يضم الطبيب النفسى والأخصائى النفسى والأخصائى الاجتماعى والواعظ الدينى . .

### الاضطرابات العقلية

الاضطرابات العقلية من أخطر الاستجابات التي تصدر عن الإنسان كرد فعل للإجهاد والضغوطات والصراعات التي يتعرض لها . وهي مؤشر دال على التفكك العميق والعجز الشديد والاختلال الكبير في القوى العقلية ، هذا الاختلال الذى تمتد آثاره إلى كافة أساليب التوافق الشخصى والاجتماعي ، يصل إلى درجة من الحدة يصبح فيها المصاب غير مترك لحالته ولا مستبصر لما حدث له من تغير ، ولا عاقب بما قد يتعرض له من أخطار . بل قد يكون هو نفسه خطراً على نفسه وعلى من حوله .



ولا شك أن الإنسان قد عرف هذا النوع من الاضطراب وتعامل معه تحت اسم « الجنون » فقد أثبتت الحفريات وجود هجاء بشري بها تقوب يعتقد أنها بقايا جراحة بلائية - الترتبة - أجريت لمن أصيبوا بالجنون . وقد عرف هذا المرض عند قدامى المصريين والصينيين والعبرانيين . كما انشغل الأغريقون فيما قبل أبوقراط بفكرة المرض العقلي الأسطورية .

وبفضل أبوقراط ( ٤٦٠ - ٣٥٧ ق . م ) حدث تغير ملحوظ في التفكير الطبي ، فكان أول من قدم أوصافاً مكتوبة للجنون الذي يطرأ بعد الولادة مباشرة وحالات الهذيان المرتبطة ببعض أنواع التسمم أو الطوث .

وبعد سبعة قرون تقريباً ظهر جالينوس ( ١٣٠ - ٢٠٠ م ) الذي يمثل ذروة الطب في العالم الروماني ، وهو أول من دعا إلى أن المخ هو مركز الإحساس والروح وأن للعوامل البيئية والحضارية تأثيراً كبيراً في العقل . وأن هناك علاقة ما بين المرض العقلي والنفس العاقلة والنفس الحيوانية . وبموت جالينوس توقفت مسيرة الطب العقلي وعاد عصر الظلمة أو الجهالة الطبية يسيطر على العالم من جديد ، وعاد المرض العقلي يُنظر إليه على أنه نوع من المس . ووضعت القوانين التي تنص على محاكمة المرضى العقلين وإدانتهم ، وتحول الطب العقلي إلى لاهوت ، وحل الكاهن المبارك محل الطبيب العالم .

وكان لا بد من انتظار القرن التاسع عشر ، لتبدأ ثورة الطب العقلي الحديث . فبينما كان الفرنسيون منشغلين في فهم أنواع الاضطرابات النفسية كان كيرلين ( ١٨٥٥ - ٢٦ ) في ألمانيا يرسى قواعد نظرية وتصنيف للأمراض العقلية . فقد أفلح في أن يكسب مكاناً للمرض العقلي في الطب . ووصل إلى شرعية الطب العقلي بعد أن قدم نظام تصنيف دقيق واضح ( ١٨٨٣ ) يقوم على الفرض القائل بوحدة كيان المرض أى أن المرض العقلي ينشأ كمرض منفصل متميز وينطبق عليه ما ينطبق على المرض الجسدي . وأن لكل مرض أعراضاً خاصة به تتميز عن غيره من الأمراض العقلية الأخرى . كذلك فإن المرض العقلي إذا بدأ فإنه يتبع في تطوره مساراً محدداً يمكن التنبؤ به .

وما إن هلّ القرن العشرون ، حتى قبلت وجهة النظر المدعومة بالأدلة الطبية والتي تفيد أن المرض العقلي نتاج لعوامل عضوية ، ثم توافرت الأدلة على

دور العوامل الوراثية أيضاً في إحداث هذا المرض وتحتير رسالة بلوير<sup>(١)</sup> ( ١٩١١ ) عن الفصل هامة جداً في هذا الموضوع حيث بينت أن الفصل ذو علاقة بزملة من الأمراض لا بمرض واحد . وأبرزت عرضاً جوهرياً له هو اضطراب العمليات الفكرية ، وقدمت أمثلة على أن هذا المرض يمكن شفاؤه .

### الأعراض الأساسية للاضطرابات العقلية :-

تميز هذه الاضطرابات عن الاضطرابات النفسية بعدة علامات هي :-

١ - اضطراب واضح في السلوك كأن يضطرب الكلام أو تضطرب السلوكات الحركية .

٢ - تشوش في محتوى ومجرى التعبير عن التفكير حيث تبدى الأفكار الاجترارية المعيرة عن انشغال المضطرب بالأوهام والأخيلة ، أو الهلأءات كمعتقدات يتشبث بها المريض ، أو كف الأفكار وتعطيلها ... الخ .

٣ - تغير الوجدان عن سابق عهده ، حيث تختل الانفعالات فتكون متأرجحة تنتقل من حالة إلى نقيضها بسرعة ، أو تكون غير ملائمة للموقف ... الخ .

٤ - اضطرابات في الإدراك تتمثل في وجود هلاوس سمعية أو بصرية أو شمعية أو ذوقية أو لمسية . أو تشوه الاحساسات السوية بحيث يرى الفرد الأشياء أصفر مما هي عليه ، أو يسمع الأصوات وكأنها آتية من مكان بعيد أو أن أحد أجزاء جسمه قد تغير حجمه ... الخ .

٥ - عدم استبصار المريض بعلته فلا يشعر بمرضه وأحياناً كثيرة يرفض العلاج اعتقاداً منه أنه لا يعاني أى اضطراب .

### مدى انتشار الاضطرابات العقلية :

إن الاحصائيات لمرضى العقل الموجودين في المستشفيات العقلية الأمريكية كما أعلنتها اللجنة المشتركة للمرض العقلي والصحة العقلية عام ( ١٩٦١ ) تعطي

---

(١) ستود نصريف بلوير للفصل عند حديثنا عن هذا الاضطراب .

فكرة عن خطورة مشكلة الأمراض العقلية وتفيد هذه الاحصائيات بأن مرضى العقول يشغلون حوالي نصف الأسرة الموجودة في كل أنواع المستشفيات . ومن بين كل عشرة أطفال يولدون يتعرض واحد منهم في خلال حياته لاختلال عقلي كبير أو صغير . وأن واحداً من كل مائة شخص يصاب بالاختلال الشديد الذي يستوجب إيداعه المستشفى ثم إن الشخص المودع تتاقص فرص خروجه بشكل مروع كلما طالت فترة بقاءه . ( سوين ، ١٩٧٩ ، ص ٨١ ) .

وفي إحصائية أخرى يقدمها الدكتور عكاشه تفيد أن نسبة انتشار الاضطرابات العقلية بين المجموع العام تتراوح ما بين ٥ - ١٠ ٪ . هذا وسنعرض لنسب أخرى عندما نتناول بعض أنماط الاضطرابات العقلية .

### تفسيرات الاضطرابات العقلية :

تعددت تفسيرات الاضطرابات العقلية وتنوعت تبعاً لتقدم الطب العقلي وتطور مناهجه . ونود أن نشير إلى أن التفسير البدائي الذي نعدنا عنه بخصوص الاضطرابات النفسية يشمل أيضاً الاضطرابات العقلية .

أما التفسيرات العلمية الحديثة للاضطرابات العقلية فتقسم إلى :

الأول : يفيد أن بعض هذه الاضطرابات تنشأ من أسباب عضوية في أجهزة الجسم المختلفة خاصة الجهاز العصبي والغدي ، كالاختلالات الفسيولوجية والعصبية ، وكذلك الاضطرابات الغدية .

كما أن هناك اضطرابات منشؤها الإصابة بالعدوى أو التسمم أو أى تغير كيميائى يؤثر على الهرمونات العصبية . أضف إلى ذلك تلك الاضطرابات الناشئة عن عوامل وراثية .

إن الاضطرابات العقلية الناشئة من هذه الأسباب العضوية يطلق عليها اسم الدهانات العضوية تمييزاً لها عن تلك التي لا أسباب عضوية واضحة لها .

الثاني : يفيد أن بعض الاضطرابات العقلية لم يكتشف لها حتى الآن أى سبب تشريحي أو باثولوجي . وقد أطلق على هذا النوع اسم الدهانات الوظيفية .

## علاج الاضطرابات العقلية :

١ - العلاج العضوي : إن العلاج الرئيسي للاضطرابات العقلية هو العلاج العضوي ويشمل كلاً من : العلاج الكيميائي تقدم فيه العقاقير الطبية المناسبة مثل مشتقات الأمفيتامين والتوافرنييل والكونوردين ... الخ . والعلاج بالانسولين والعلاج بالجلسات الكهربائية ، تعطى فيها المنبهات الكهربائية على قشرة الدماغ وتحت إشراف طبي دقيق جداً . وأخيراً العلاج الجراحي الذي قد يستعمل مع بعض الحالات حيث تقطع فيها الألياف العصبية الموصلة بين الفص الجبهي في المخ والتلاوموسي حيث تتوقف على إثرها النائرة الكهربائية الخاصة بالانفعال .

٢ - العلاج النفسي : عندما يقرر الطبيب النفسي المعالج أن المريض قد استعاد حالة الوعي ، لدرجة تسمح بالاتصال به ، يمكن أن يقدم له بعض أنماط العلاج النفسي التي ذكرناها آنفاً كعلاج للاضطرابات النفسية .

٣ - كما يمكن أن يقدم للمريض العقلي تبعاً لدرجة نجاح العلاج النفسي معه أنماط أخرى من العلاجات مثل : العلاج بالعمل والعلاج الأسري . وقد أشرنا إلى هذه الأنماط سابقاً .

## أنماط من الاضطرابات العقلية

نعرض فيما يلي ثلاثة أنماط من الاضطرابات العقلية هي :-

أولاً : الفصام . ثانياً : الاكتئاب الذهاني . ثالثاً : ذهان الشيخوخة .

### ١ - الفصام Schizophrenia :

المعنى الحرفي للمصطلح Schizophrenia هو انفصام العقل ويعرف أحياناً بانفصام الشخصية وعرف أيام كريبلين ( ١٨٩٩ ) باسم الخيل المبكر (١) أو خيل الشباب أو جنون المراهقة (٢) Dementia Praecox وأول من سماه باسم الفصام هو بلوير عام ١٩١١ .

(١) الخيل المبكر : مصطلح سائق للفصام ، ومرض يتميز صاحبه بالانسحاب الاجتماعي واضطراب التفكير وتلف الوجدان وقد كان يعتقد من قبل كريبلين أن الجنون المبكر تقتصر الإصابة به على الشباب .

(٢) يلعب بعض الباحثين إلى أن الفصام يمكن أن يصيب الأطفال في السنوات الثلاث الأولى من الحياة .

ويعرفه بلوير ( ١٨٥٧ - ١٩٣٩ ) بأنه مجموعة من الأعراض الذهانية تظهر أحياناً على شكل نوبات متكررة وأحياناً أخرى تبقى مستمرة . ويحتمل أن تتوقف هذه الأعراض أو تزداد حدة في أى مرحلة من مراحل المرض ولكنه لا يؤمل أن يستعيد المريض عافيته تماماً . ( عكاشه ) .

ويعرفه د . عكاشه بأنه مرض ذهاني يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية أهمها :

اضطرابات التفكير والوجدان والإدراك والإرادة والحركة والسلوك حيث يعيش المريض في عالم خاص بعيداً عن الواقع وكأنه في حلم مستمر . ( عكاشه ، ١٩٦٩ ) .

ويرى بعض أطباء النفس أن الفصام عبارة عن مجموعة من الاضطرابات العقلية التي ليس لها سبب عضوى ظاهر في الجهاز العصبي ، وأنها عبارة عن عدة أمراض مختلفة لا يمكن توحيدها تحت اسم واحد . ولهذا لجأوا إلى تصنيف الفصام إلى عدة أنماط إكلينيكية نذكر منها : ( زهران ، ١٩٧٨ ) .

● الفصام البسيط Simple Schizophrenia ويتميز صاحبه بالتدهور الإنفعالي والتبلد أو الخمول وفقدان الاهتمام والتصرف غير السليم .

● الفصام الهذاني ( البارانوى ) Paranoid Schiz. ويتميز بالهذات المنظمة بالإضافة إلى أعراض الفصام الأخرى .

● الفصام التخشمي Catatonic Schiz. ويتميز بإغناذ جسم المريض أوضاع معينة ثابتة .

● الفصام المييفريني Hebephrenic Schiz. أو خبل البلوغ ويتميز بالهلوسة والمسلك الصبياني غير الملائم .

أعراضه :

ويمكننا التأكيد على الأعراض التالية الدالة على الفصام والتي يمكن ملاحظتها من خلال مراقبة المريض أو محادثته .

- العمر ويسمى عندئذ ذهان الطفولة وهناك نوع ثان يظهر في سن ما بين ٣ - ٥ سنوات ونوع ثالث يظهر فيما بين الثامنة ويبنى نفس الأعراض لدى الكبار .

(أ) الملوهمات الحسية : بصرية كانت أو سمعية أو شمعية أو ذوقية أو جنسية أى أن المريض يرى أشياء لا وجود حقيقي لها أو يسمع أصوات لا يسمعها من حوله أو يشم رائحة لا يشمها الآخرون ... الخ . وكل هذه الأشياء حقائق بالنسبة للمريض ويتصرف بموجبها .

(ب) البعد عن الواقع والاستغراق في الذات : إذ يعيش في عالم خيالي من صنعه هو فيتقطع عن الواقع ، ويسلك وفقاً لمقتضيات عالمه الجديد . فقد يعتقد أنه عظيم من العظماء ، فيقلد لباسهم ومشيتهم وحركاتهم وكلامهم . وقد يعتقد أنه مصلح اجتماعي أو نبي يوحى إليه أو مجرم يستحق العقاب ... الخ . وقد يلجأ إلى الاستغراق في أحلام اليقظة . وتضطرب علاقاته الاجتماعية وتهار توافقاته الاجتماعية والأسرية ... الخ .

(ج) اضطراب التفكير : سواء من حيث المحتوى أو الترابط أو التحكم أو التذكر خاصة بالنسبة للأحداث القريبة . كما تضطرب قدرته على الانتباه والتركيز ، وغالباً ما يدور حديثه عن نفسه . كما أن زمن الرجوع لديه غالباً ما يكون طويلاً بمعنى أنه إذا ما سئل فغالباً ما يتردد في إعطاء الإجابة موحياً بغباء شديد .

(د) الاضطراب الانفعالي : كأن ينتقل من حالة انفعالية إلى نقيضها من الفرح إلى الحزن ، من الهدوء إلى الثورة وبالعكس ، من الضحك إلى البكاء ، أو يبدى بلادة انفعالية بحيث لا يستجيب للمثيرات من حوله . أو يكون مبالغاً في انفعالاته أو فاقداً للاحاساس بالمواقف كالحب والعطف والحنان والمشاركة الوجدانية .

(هـ) اللازمات الحركية وخاصة حركات الوجه واليدين والرجلين والأوضاع الجسمية القريبة الشاذة كأن يتخذ جسمه وضع الجنين أو وضع الصليب أو وضع الميت ... الخ .

(و) شذوذ السلوك الجنسي وعدم التحكم فيه مثل : الاستعراض الجنسي أو جماع المحارم أو البغاء ... الخ .

إن وجود هذه الأعراض أو بعضها يساعدنا في تشخيص هذا الاضطراب والتعرف عليه ، رغم أنه قد يختلط علينا الأمر نظراً لتداخل الأعراض مع أعراض ذهانات أخرى ، مما يتطلب المزيد من الملاحظة والبحث للتأكد أكثر .

**مدى انتشاره :** لتحديد نسبة انتشار مرض الفصام ليس أمامنا إلا الاعتماد على الإحصائيات التي تقدمها مستشفيات الأمراض العقلية ، حيث تقيد بعض هذه الإحصائيات أن نسبة انتشار الفصام تصل إلى ما بين ٦٠ إلى ٧٠ ٪ من نزلاء تلك المستشفيات ، وقد وجد الدكتور عكاشة أن نسبة الفصام بين مرضى عيادة الطب النفسي بمستشفيات جامعة عين شمس حوالي ١٥,٣ ٪ . أما في السودان فقد وجد دكتور بعشر أن نسبة هذا المرض تبلغ حوالي ١٣,٢ ٪ . أما في البلدان الأجنبية فنجد أن شيلي وواطسون ( ١٩٣٦ ) قد وجدنا أن نسبة المصابين بهذا المرض في روما تبلغ ٣,٥,٧ ٪ من نزلاء مستشفيات الأمراض العقلية ، أما كاروثر ( ١٩٤٨ ) - فوجد أن النسبة في كينيا تبلغ ٣,٠ ٪ وفي ساحل الذهب ١٩,١ ٪ وفي غانا ( ١٩٥٨ ) ٥٣,٦ ٪ وفي نيجيريا ٦٠ ٪ . وقد وجد أن حوالي ٧٠ ٪ من حالات الفصام تظهر بين سن ١٥ - ٤٠ سنة . كما أن ٤٠ ٪ من الحالات تظهر في الطبقات الاجتماعية الدنيا . كما أن هذا المرض أكثر انتشاراً بين العزاب عنه بين المتزوجين . كما يزدهر هذا المرض في فصل الربيع عنه في الفصول الأخرى . ( عكاشة ، ١٩٦٩ ، ص ١٦٥ ) .

**أسبابه :** تعددت الأبحاث لمعرفة أسباب هذا الاضطراب وألفت مئات المراجع والكتب ، وقد أكدت كلها على أن هذا الاضطراب هو نتاج لعدة تفاعلات بيئية ووراثية وبيوكيميائية ، وسنحاول عرض أهم الأسباب التي تساهم في إحداث هذا المرض .

**( أ ) العوامل الوراثية (١) :** اختلفت نتائج الدراسات حول مدى أهمية العوامل الوراثية ، فبعضها يؤكد الأثر الضعيف جداً من خلال دراستها للتوائم

(١) انظر مزيداً من التفاصيل في كتاب علم الأمراض النفسية والعقلية لـ ١٢٥ - ١٣١ حيث يعرض الكاتب النسب المئوية المتحصل عليها من عدة بحوث حول مدى وراثية الفصام وغيره من الاضطرابات العقلية .

المتشابهة ، حيث اتضح أنه إذا ما أصيب أحد التوائم بالفصام فإن نسبة إصابة الآخر لا تزيد عن ٠,٣ ٪ ( هستون ، ١٩٦٦ ) ( كرفجلن ، ١٩٦٧ ) . أما سلفير ١٩٦١ وتينارى ١٩٦٣ فقد وجدوا أن نسبة الإصابة بهذا المرض بين التوائم المتشابهة تزيد أربع مرات عنها في التوائم المتأخية ، ولا تزيد هذه النسبة عما لوحظ في الاضطرابات النفسية . ( سوين ١٩٧٩ ) .

ولكن الذى لا خلاف عليه هو أن الوراثة يمكن أن توجد استعداداً عاماً للمرض العقلي . ويذهب البعض إلى أن هذا الاستعداد ينتقل من خلال المورثات السائدة ، وقد ثبت بطلان هذا الاعتقاد . كما يعتقد البعض الآخر أنه ينتقل من خلال المورثات المتنحية . وهو اعتقاد باطل أيضاً . أما ما يتفق عليه معظم أطباء النفس والعقل هو أن الاستعداد الوراثي ينتقل من خلال مورثات متعددة العوامل والتأثير . وأن هذا الاستعداد وحده لا يكفي لإيجاد مرض الفصام ما لم تتوفر البيئة الملائمة لتنميته .

(ب) العوامل الشخصية **Personality Factors** : ولما كانت شخصية الفرد ما هي إلا نتاج لتفاعل عاملي الوراثة والبيئة ، فإن الشخصية الفصامية أى تلك المهيئة للإصابة بهذا المرض تتصف بـ : الانطواء ، والهذوء ، والحجل ، والحساسية المفرطة ، وتكوين جسمي واهن أى الطول مع النحافة ، وضيق عرض الصدر والكثفين وطول الأنامل والرقبة . ( عكاشه ، ١٩٦٩ ) .

(ج) العوامل البيئية **Environmental Factors** : تعددت النظريات التي تؤكد أهمية العوامل الأسرية في نشأة هذا الاضطراب فقد ذهب باتسون Bateson ( ١٩٦٣ ) إلى أن الفصام ينشأ من تعرض الطفل أثناء نموه إلى منبهات شديدة من الوالدين ، تتميز بالترابط المزدوج Double Bind الناشئ عن جو عائلي مشوش مملوء بالمعاني غير المفهومة والسلوك الغامض . والترابط المزدوج يعني أن تعطي تعليمات متناقضة للطفل : كأن تقول له افعل ( أ ) ولا تفعل ( أ ) في نفس الوقت بحيث يعاقب سواء فعل أم لم يفعل فيتعلم التردد والقلق واللجوء إلى الحيل الدفاعية التي من بينها هذا الاضطراب الفصامي .

أما ليدز Lidz ( ١٩٦٣ ) فيعتقد أن الفصامي ما هو إلا أحد أفراد عائلة مريضة . خاصة عندما يكون أحد الوالدين ضعيفاً غير ناضج ، سلبياً والآخر



سائداً ، قوياً مسيطراً . أو أن يسود بين الوالدين الطلاق العاطفي ، وغالباً ما يسود الاضطراب في تفكير آباء وأمهات العصبيين . ( عكاشه ، ١٩٦٩ ) .

( ٥ ) **العوامل البيوكيميائية** Blochemical Factors : أثبتت الكثير من البحوث وجود علاقة بين الفصام واضطراب هرمونات بعض الغدد الصماء . فقد وجد الدكتور جسنج أن مرضى الفصام يحتفظون بكميات كبيرة من مادة النيتروجين في الجسم . وقد استخدم هرمون الغدة الدرقية للتخلص من هذه المادة وشفاء المرضى . كذلك لاحظ الدكتور رايز أن ٣٠ ٪ من مرضى الفصام يعانون اضطراباً نوعياً في نشاط الغدة الدرقية كما لاحظ الدكتور عكاشه ازدياد كمية افراز الكورتيزون لدى مرضى الفصام .

كما ذهبت بحوث أخرى إلى التركيز على دور بعض الأمراض العضوية التي تصيب بشكل خاص الجهاز العصبي مثل الحمى الخفية ، وأورام الفص الجبهي والصدغي في المخ ، وقد اكتشف حديثاً وجود ضمور بالمخ لدى حالات الفصام . ويذهب العلماء السوفييت إلى أن اختلالها العصبي للفصامي في حالة ضعف وإرهاق .

ولوحظ أيضاً أن بعض العقاقير مثل L.S.D. والمسكالكين والحشيش تؤدي إلى نفس أعراض الفصام مما جعل العلماء يفترضون وجود تغيرات كيميائية في جسم مريض الفصام ، مثل الاضطراب في هرمون الإدرينالين . كما لوحظ حديثاً ما سماه العلماء « النقطة القرمزية » في بول مرضى الفصام ، ناتج عن اضطراب كيميائي تمثيلي في جسم مريض الفصام . كذلك نشأت نظرية مفادها أنه يجري في جسم الفصامي أجسام مضادة Anti bodies تتفاعل مع مؤثرات مضادة في المخ تسبب اضطراباً في الجهاز العصبي يؤدي إلى أعراض هذا المرض . ( عكاشه ، ١٩٦٩ ) .

### علاج الفصام :

تعددت طرق علاج الفصام ، وبهنا هنا أن نشير إلى الطرق التالية :-

( أ ) **العلاج العضوي** Physical Treatment : يجري هذا النوع من العلاج في مستشفيات الطب النفسي . ويقوم به أخصائيون في الأمراض العقلية ويشمل التالي :-

١ - العلاج بالعقاقير : بدأت ثورة الطب النفسي في سنة ١٩٥٢ عندما بدأ بعض الأطباء في علاج مرضى الفصام بالألاجكتيل ، ثم ظهرت مجموعات أخرى من العقاقير مثل السريزيل والفينوتيزين ... الخ مما لا مجال لذكره هنا .

٢ - العلاج بغيوبة الأنسولين : وذلك بإعطاء المريض بالفصام كميات كبيرة من الأنسولين حتى يدخل في غيبوبة ثم يعطى الجلوكوز لإعادته لوعيه ثانية . وتكرر هذه العملية من ٣٠ - ٥٠ مرة بمعدل ٥ مرات في الأسبوع .

٣ - العلاج بالكهرباء E.C.T. : على أساس أن الصدمة الكهربائية تغير من حركة الهرمونات العصبية بين أغشية المخ مما يعيدها إلى حالة التوازن السابقة وكذلك تبه الهيبوثلاموس وخاصة مراكز الجهازين السمبتوى والباراسمبتوى مما يؤثر على نسبة هذه الهرمونات ، كما أنها تعطي راحة مؤقتة للنشاط الكهربائي للدماغ . ويحتاج المريض حوالي ٨ - ١٢ جلسة كهرباء .

(ب) العلاج النفسي Psychological Therapy : يتفق معظم الأطباء أنه لا يجوز الشروع في العلاج النفسي ما لم يكن مريض الفصام قد استعاد بعض وعيه وبعض اتصاله بالواقع حتى يكون قادراً على التجلوب الانفعالي مع العلاج النفسي . وفي مثل هذه الحالة يتوجب العلاج النفسي الجماعي لإبعاد المريض عن حالة العزلة واستعادته لثقته بالآخرين ونفسه .

كذلك استخدمت حديثاً العلاجات النفسية السلوكية ، حيث يقدم التدعيم للمريض كلما صدرت عنه الاستجابة المطلوبة . فقد نجح كل من ايزاكس وتوماس وجولديا موند في إعادة القدرة على الكلام لإثنين من مرضى الفصام ممن أصابهما اليكم بتقديم الملك كتدعيم للإستجابة الناجحة . كذلك نجحت أساليب التعلم الشرطي الإجرائي مع الأطفال الفصامين وحقت نتائج تبشر بالخير على يد كل من فوستر وديماير . ( سوين ، ١٩٧٩ ) .

(ج) العلاج الاجتماعي Sociiotherapy : وذلك بالعمل مع عائلة المريض لدفعها إلى استيعابه وقبوله وعدم تحميله ما يفوق إمكانياته وقدراته ، وأن تتحمل بعض تصرفاته وتشجعه على الاختلاط بالآخرين .

(د) العلاج بالعمل Occupational Therapy : ويعني محاولة شغل المريض مهنيّاً أثناء وجوده بالمستشفى حسب طبيعة عمله السابق من نجارة إلى

حدادة إلى أشغال يدوية ، بحيث يكون هذا العمل يتناسب مع قدراته ومع أعراض مرضه .

(هـ) العلاج الأسرى **Family Therapy** : استحدثت نوعان من العلاج الأسري في أولهما يستدعى المريض وأسرته لجلسات العلاج النفسي الأسرى . وفي ثانيهما يعيش المريض وأسرته في مراكز الأبحاث في برنامج إقامة عائلية بحيث أن المريض لا يوجه إليه علاج فردى وإنما تعالج الأسرة بوصفها وحدة متكاملة ( Masserman , 1943 ) .

(و) **علاجات أخرى** : اعتمد الروس على النوم الطويل مع استخدام المنبهات مثل الكافيين أو الأنسولين أو العلاج بالصدمات الكهربائية كوسيلة للتعامل مع أنواع كلف الحماية .

كما أن المستشفيات الخاصة بالاضطرابات العقلية بدأت تتغير وتتحول إلى عيادات علاجية بعد أن كانت مكاناً يودع فيه مرضى العقول . بل إن هذه الأمكنة تتجه لتصبح مؤسسة اجتماعية . تهدف إلى توفير ما يحتاجه المريض وما يلزم لتقديم صحته النفسية نحو الأفضل .

**نماذج لحالات فصامية :**

في ختام حديثنا عن هذا الاضطراب العقلي ، نود أن نعرض بعض النماذج التوضيحية لهذا الاضطراب .

**النموذج الأول :** « كنت » ضابط سابق في القوات الجوية في الثالثة والعشرين من عمره . أتم دراسته الجامعية في كلية الزراعة بإحدى جامعات الولاية ثم التحق بالجيش . ومرت الشهور الستة الأولى دوغماً أحداث تذكر ، ولو أنه بدأ عليه شدة الإجهاد وقلة الإهتمام أو عدم الإكتراث بمستقبله المهني . وكان من النوع المحب لأقرانه بسبب واحد أنه لا يطالبهم بشيء . فلا يزعهجه أن يقرضهم النقود دون أن يردوها إليه . وبدأ ينحزل عنهم ولا يرد على تهكماتهم ولا يستجيب إلا بابتسامة طفيفة بين الحين والآخر . وفي العلم الثاني من وجوده في الجيش بدأ رؤساؤه يلتفتون إليه بسبب أنواع السلوك غير العادية لديه ، فقد بدأ يتحدث إلى نفسه ، ويقضي جزءاً كبيراً من الليل ساهراً وحده مع كلبه .

ضال ، كذلك ضعفت قدرته على تنفيذ الأوامر وإنجاز الأعمال .

وبالرجوع إلى تشقة « كنت » الأساسية ، وجد أن أسرته كانت تلاحظ عليه منذ طفولته ميله للعزلة ، بل كانوا يتنكرون عليه ويصفونه بالشخص الخجول . وفي المدرسة الابتدائية كان لا يشارك في الأنشطة الرياضية الجماعية ، كان يعود وحيداً من المدرسة ويَلْدُ له أن يبقى وحده . وعندما وصل إلى المدرسة الثانوية كان ملتزماً جداً بالنظام المدرسي . ولم يلاحظ أحد من مدرسيه أنه يفعل أو يتحمس لأى موضوع . وفي الجامعة كان يقضي معظم وقته مع حيوانات المزرعة . ولم تكن تثيره نكات زملائه من الطلاب أو سخريتهم .

وبعرض « كنت » عل الطبيب النفسي شخص على أنه يعاني « الفصام البسيط » وتقرر خروجه من الجيش بسبب عدم لياقته الطبية وآخر ما عُرف عنه أنه ترك الولاية في سيارته متجهاً إلى الريف . ( سوين ١٩٧٩ ) .

إن هذا النموذج للفصام البسيط يبين لنا أعراضاً لا تخطئها العين نذكر منها : الاضطراب الانفعالي ، البعد عن الواقع ، الاستغراق في الذات وكلها من أعراض مرض الفصام .

النموذج الثاني : كانت « أدنا » زوجة لأحد العمال غير المهرة تبلغ من العمر خمساً وأربعين سنة دخلت المستشفى في حالة اضطراب شديد ، وفيما يلي جزء من المقابلة الأولى عند دخولها لأول مرة .

الطبيب : أنا الدكتور ... أود أن أعلم بعض الأمور عنك .

المريضة : إن لك ذهنًا قنراً . يا إلهي ، يا إلهي ! إن القطة في المهد .

الطبيب : تخبريني بماذا تشعرين ؟

المريضة : جرس لندن عبارة عن حوض طويل طويل للسفن . هيء ، هيء ، هيء ( تقهقه بشكل لا سيطرة لها عليه ) .

الطبيب : هل تعلمين أين أنت الآن ؟

المريضة : تبا لكم يا معشر من تقطعون في أحشائي . إن الجرو - جرومتر<sup>(١)</sup> سينكفل بكم جميعاً ( ثم تصبح قائلة ) أنا الملكة سأحولكم جميعاً إلى مشهيرات إلى الأبد .

---

(١) كلمات لا معنى لها من ابتناع المريضة .

الطبيب : زوجك قلق منشغل بسببك هل تعرفين اسمه ؟  
المریضة : ( تنف ، تمشي إلى الحائط وتواجهه ) من أنا ، من نحن ، من أنتم ،  
من هم ؟ .  
( تستدير ) أنا ... أنا ... أنا ...  
( يتقلص وجهها في تعبيرات غريبة مضحكة ) .

وضعت « أدنا » في جناح النساء بعد أن شخصت : إنها تعاني الفصام  
الهيوفريفي ، وأخضعت للعلاج بالصدمات الكهربائية ثم العلاج المكثف  
بالتورازين ( الكلوربرومازين ) ولكن التحسن بطيء جداً ( سوين ١٩٧٩ ) .  
هذا النموذج يبين بوضوح اضطراب التفكير والاضطراب الانفعالي .

النموذج الثالث : (١) أحمد - شاب في السادسة والعشرين من عمره .  
ترى تربية قاسية في أسرة بسيطة الحال ، حتى صار ميالاً إلى الهروب من البيت  
أو التسلل إليه ليلاً بعد أن ينام الجميع . وشيئاً فشيئاً صار لا يبالي بسخريته إخوته  
وأخواته به ، ولا يهتم بنفسه ويعتقد أن لا أحد في البيت يريده فيه - التحق  
بالجامعة وهناك تعرّف على صديق تعلق به بشكل غريب وأحبه حباً شديداً للدرجة  
أنه لا يستطيع أن يفارقه . ولكن هذا الصديق شك في نواياه وانصرف عنه  
مما أحدث عند أحمد صدمة عنيفة دخل على إثرها إلى مستشفى الطب النفسي .  
وبدأ يعالج بالجلسات الكهربائية التي بلغ عددها ٦٨ جلسة وبعض العقاقير ثم بدأ  
يشكو من أمراض جسمية في مواضع مختلفة من جسمه ، ويسير من فشل إلى  
فشل في دراسته ، لا يثق في الناس ، بدأ يعمل أيضاً في عمله حتى هدد بالفصل  
وأخيراً فصل . تلبو عليه مخايل القباء ولا يستجيب بسرعة ، يقضي معظم وقته  
نائماً ، كان تشخيصه أنه يعاني الفصام البسيط .

هذا النوع يبين لنا أعراض اضطراب الفكر والاضطراب الجنسي  
والانفعالي (٢) .

(١) حالة شاعدياً في المراجعة النفسية في ليبيا .

(٢) لمزيد من النماذج انظر كتاب علم الأمراض النفسية للدكتور الدسوقي ص ١٤٨ - ١٥٣ .

## الخلاصة :

إن الفصام مرض ذهاني يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية أهمها :

اضطرابات التفكير والإدراك والإرادة والسلوك والوجدان . يعم هذا الاضطراب الشخصية كلها للدرجة يعزلها عن الواقع ويبدو صاحبها كأنه في حلم مستمر .

ويتسبب في إحداث هذا الاضطراب أكثر من عامل : فالعوامل الوراثية والشخصية والتشقة الأسرية ، والعوامل البيوكيميائية كلها أو بعضها يمكن أن يؤدي للإصابة بهذا الاضطراب .

والفصام يمكن أن يصيب الإنسان في جميع مراحل حياته فقد يظهر في سن مبكرة جداً ويسمى عندئذ فصام الطفولة .

ولعل أول علاجات الفصام هو العلاج العضوي المتعدد الأوجه : العقاقير ، الجلسات الكهربائية ، الجراحة ، ولا يتدخل العلاج النفسي إلا إذا نجح الطبيب في إعادة المريض إلى الواقع ، وفي هذا العلاج يمكن أن تقدم له أيضاً أنواع أخرى من العلاجات مثل العلاج الاجتماعي ، الأسرى ، والترفيهي .

٢ - الاكتئاب الذهاني **Psychotic Depression** (١) : يظهر هذا النمط من الاضطرابات العقلية بعد حوادث معينة مثل عملية الولادة أو العمليات الجراحية ، ويكون ظهوره فجائياً . وأحياناً أخرى يزحف تدريجياً من اكتئاب بسيط **Acute Depression** ( اضطراب نفسي ) إلى اكتئاب شديد **Psychotic Depression** .

---

(١) عرف هذا المرض لدى الإغريق وقد تحدث عنه أبو قراط عندما وصف لنا صاحب الزواج الترابي الذي تغلب عليه الغرائز الطحال . وقد قدم لنا أعراض هذا المرض المتشعبة في التشاؤم ، والانقباض وكثرة التأمل واضطراب التفكير .

وفي سنة ١٧٩٠ أشار فيشر إلى أن لهذا المرض دور معني أنه يبدأ بسيطاً ثم يتدرج في الشدة ليصل إلى أحد مراحله وهي الاكتئاب الذهاني .

أما كريبلين ( ١٨٩٦ ) فقد تحدث عن الهوس الاكتئابي وهو الحالة المرضية التي تتميز بفترات طويلة من الزهو أو الاكتئاب أو تعاقبهما معاً مع فترات راحة طويلة بينهما . انظر ( Maslow , 1941 ) .

أو اكتئاب ذهاني . ويمكننا التعرف على هذا الاضطراب من أعراضه الأولية المتمثلة في صعوبة التركيز ، والتردد ، وتوهم علل جسمية ، ومغذلات للانتحار ، والادمان ... الخ .

أعراضه : تشمل التالي :-

( أ ) اضطرابات العاطفة **Disturbances of Affect** : تبدأ بشكوى المريض من فقد القدرة على التمتع بمباهج الحياة ، مع انكسار النفس ، وهبوط الروح المعنوية ، وإحساس باليأس والجزع ثم تبدأ نوبات البكاء المتكررة ، ثم تزيد وطأة الاكتئاب لتصل إلى رفضه لاستمرار الحياة . والطريف أن هذه السوداوية تبدأ شديدة في الصباح وتحسن تدريجياً أثناء اليوم وتخف حدتها في المساء ، ثم يصحو المريض وهو في حالة شديدة من الانقباض والضيق ، يبدأ التحسن التدريجي وهكذا .

(ب) اضطرابات التفكير والإدراك **Thought and Perception Disturbances** : تتأثر الوظائف العقلية لدى المصاب فتبدو عليه قلة الانتباه ، السرحان ، عدم القدرة على التركيز ، الإجهاد الشديد في التفكير في أبسط الأشياء ، الإحساس بتأنيب الضمير لأنفه الأسباب ، اتهام نفسه بالخطيئة ، الصراع الدائم ، الطنين في الأذن ، الهللاء العدمية **Nihilistic** مثل إحساسه أن لا قيمة له ولا لوجوده أو الإحساس بفقد أحد أعضاء الجسم .

ثم تظهر عليه بعض الهلوسات والخداعات فيطيل النظر في المرأة مشدوهاً لما أصابه من تغير غير حقيقي .

(ج) الأعراض الجسدية **Somatic Symptoms** : مثل فقد الشهية ، الإمساك ، الضعف الجنسي ، واضطرابات الطمث ، آلام جسمية ، اضطراب النوم ، الدوار ... الخ .

(د) اضطراب النشاط الحركي النفسي **Psychomotor Disturbances** : تقل قدرته على العمل ، يهمل بيته ، يكثر من الشكوى ، ينتابه الحمول والكسل الذي قد يصل إلى حد الشلل التام وأحياناً يصاب المريض بالتهيج فتزيد حركته ، يفرك يديه ، يمزج رجليه ، ترتجف أطرافه ويكثر كلامه ... الخ .

(هـ) **الميل الانتحارية Suicidal Tendencies** : يعتبر الانتحار من أكثر الأعراض خطورة في هذا الاضطراب . فقد وجد أن ٥٠ - ٧٠ ٪ من حالات الانتحار الناجم تكون بسبب الاكتئاب .

مدى انتشاره : المعروف لدى أطباء الاضطرابات العقلية أن نسبة انتشار هذا النوع تتراوح ما بين ١٠ - ١٥ ٪ من بين الحالات المترددة على مستشفيات وعيادات الطب العقلي . وفي أحد مؤتمرات الطب العقلي بالسودان قدم الدكتور بعشر بيانات تصل بنسبة مرض الاكتئاب إلى ٢٠ ٪ من المرضى العقلين . ( عكاشة ، ١٩٦٩ ) .

أما من حيث السن التي من المتوقع أن ينتشر فيها هذا الاضطراب ، فتفيد بعض الإحصائيات أن ٢٥ ٪ من المرضى به أقل من الثلاثين ، وأن ٢٥ ٪ منهم فوق الخمسين . ويظهر هذا الاضطراب مبكراً لدى النساء إذ إن نسبة الجنس ٣ : ٢ ( دسوقي ، ١٩٧٤ ) . هذا وقد بلغت نسبة انتشار هذا المرض في كينيا ٥,١ ٪ ، وفي ساحل الذهب ١٩,٤ ٪ ، وفي مصر ٢٤,٥ ٪ ، وفي روسيا ٢١,٤ ٪<sup>(١)</sup> . ( عكاشة ، ١٩٦٩ ) . ويؤكد بعض الخبراء ( Lurie, 1950 ) أن الاكتئاب الذهاني لا يقع مطلقاً أثناء الطفولة ، وإن صدف وظهر فإنما يظهر بيئة خفية وأعراض جسمية كالقبول اللاإرادي ، السلوك العلواني ، الأرق ، الأحلام المزعجة ، التجوال الليلي ... الخ .

أسبابه : الاكتئاب الذهاني كغيره من الاضطرابات الذهانية الوجدانية نتاج تفاعل مجموعة من العوامل نذكر منها :-

( أ ) **العامل الوراثي Hereditary Factor** : أثبت سبع دراسات<sup>(٢)</sup> أن نسبة الإصابة بالاضطرابات الوجدانية بين التوائم المتشابهة تصل إلى ٦٨ ٪ وبين التوائم المتأخوة حوالي ٢٣ ٪ . كما يتفق العلماء على أن المورثات المسببة لهذا

---

(١) إن هذه الإحصائيات المتصلة بالسن والجنس والمكان تشير إلى دور العوامل الديمغرافية في نشوء هذا الاضطراب العقلي .

(٢) الدراسات السبع لكل من : لوكسينجر ١٩٢٨ ، روزانوف ١٩٢٥ ، كولمان ١٩٥٠ ، سليتر ١٩٥٣ ، جافونسكا ١٩٥٩ ، اسمرلر ١٩٦٣ ، هيرفالد ١٩٦٥ ، انظر ( عكاشة ، ١٩٦٩ ، ص ٢٤٦ ) .



الاضطراب مورثات سائدة بشكل أوضح مما هو عليه الحال في اضطراب  
الفصام .

(ب) العوامل البيئية **Environmental Factors** : ونعني بها هنا  
تعرض الفرد للإحباط في إشباع حاجاته المختلفة وإلى تحد لقدراته ، أو عدم التوافق  
بين قدراته وإنجازاته ، وما يتطلب منه وكذلك تعرضه للحرمان الأسرى ،  
أو نشوؤه في أسرة قاسية نابذة ... الخ . ( Pollit , 1957 ) .

| (ج) العوامل البيوكيميائية **Biochemical Factors** : إن تعرض الجسم  
لاضطراب في الجهاز الغدّي أو الجهاز العصبي أو في كيميائية الجسم يساعد على  
ظهور هذا المرض . فقد أثبتت البحوث أن أعراض الاكتئاب تزداد أثناء الطمث  
أو أثناء سن اليأس عندما تتوقف أنشطة الهرمونات الجنسية ، أو عندما يحدث  
نقص في إفراز الغدة الدرقية والذي يسبب مرض المكسيديا .

كما أثبتت الكثير من البحوث وجود أعراض الاكتئاب في حالات الأمراض  
التي تصيب الجهاز العصبي مثل زهري الجهاز العصبي ، الشلل الاهتزازي ،  
تصلب شرايين المخ ... الخ .

كما أجريت دراسات عن علاقة الاكتئاب الذهاني بنسبة المعادن في الجسم  
وعمليات التمثيل الغذائي ، ووجد أن المكثبين يحفظون بكمية صوديوم تزيد  
٥٠ ٪ عن العادي .

كما لوحظ أيضاً أن كثيراً من مرضى الضغط المرتفع الذين يتناولون عقار  
السريازيل تتابعهم نوبات من الاكتئاب الشديد . ويرد العلماء هذه الظاهرة إلى أن  
السريازيل يقلل من نسبة بعض الهرمونات العصبية في المخ .  
( عكاشه ، ١٩٦٩ ) .

### علاج الاكتئاب الذهاني :

إن هذا الاضطراب يختلف عن حالة الفصام ، من حيث إنه يمس كما ذكرنا  
الناحية الوجدانية أكثر من مسه الناحية العقلية . ويميل الكثيرون من المعالجين إلى  
علاج هذا الاضطراب خارج المستشفيات إذا ما توفرت الظروف الاجتماعية  
المناسبة والإشراف الطبي المستمر . فلا يدخل المصاب إلى المستشفى إلا في

حالات شديدة وصعبة كأن تكون حالته الصحية الجسمية لا تسمح بالعلاج في المنزل ، أو في حالة محاولاته المتكررة للانتحار . أو في حالة رفضه للطعام والشراب ... الخ . وعليه فإن طرق العلاج المفيدة لهذا الاضطراب تتنوع تبعاً للمكان الذى يوجد فيه وسنعرض بعض هذه الطرق فيما يلي :-

#### ( أ ) العلاج العضوي **Physical Treatment** :

١ - العلاج بالمخافير **Chemotherapy** : تعطى المخافير المضادة للاكتئاب ومنها منبهات الجهاز العصبي مثل مشتقات الأمفيتامين . وكذلك يعطى التوفرانيل والتريپتيزول والكونكوردين ... الخ (١) .

٢ - العلاج بالجلسات الكهربائية **E.C.T.** : أثبتت الجلسات الكهربائية فعالية مؤكدة في علاج حالات الاكتئاب ، ( ٨٥ - ٩٥ ٪ نسبة الشفاء ) . ويحتاج المريض حوالي ٦ - ٨ جلسات موزعة على أساس جلستين أو ثلاثة كل أسبوع . ويلاحظ أن للجلسات الكهربائية بعض المضاعفات التي غالباً ما تزول تدريجياً بعد توقف تلك الجلسات ، ومن الأمثلة على هذه المضاعفات اضطراب الذاكرة ، تحول الاكتئاب إلى مرح حاد خاصة عند أولئك الذين يعانون الاضطراب الدورى ( اكتئاب - مرح - اكتئاب ) .

(ب) العلاج النفسى **Psychoherapy** (٢) : لما كان هذا الاضطراب اضطراباً وجدانياً في الدرجة الأولى فإن العلاج النفسى أساسى جداً لإقامة علاقة بين المريض والمعالج . ويتجه هذا النوع من العلاج إلى محاولة فهم مشاكل المريض وصراعاته الداخلية وإعطاؤه الأمل بالشفاء ، ثم تشجيعه على مقاومة الأفكار السوداوية مثل كرهه لذاته ، وتوقعاته السلبية ولومه لنفسه والخط من قيمتها وتضخيم المشكلات ... الخ ، ثم تشجيعه على الإفضاء بكل متاعبه للمعالج الذى يساعد في اقناعه بعلم صحة معتقداته بالبؤس والذنب والشفاء . كما لا ينصح

---

(١) من يرغب في الاطلاع على مزيد من المخافير يمكنه الرجوع إلى كتاب الطب النفسى المعاصر

للدكتور عكاشة ١٩٦٩ - ص ٢٧٨ - ٢٨٦ .

(٢) يمكن التوسع في هذا العلاج باستخدام العلاج المساند والسلوكى والعلاج التأهيلي .

المريض بالذهاب إلى الشواطئ أو أماكن النزهة البعيدة عن الناس لأن ذلك سيعزز أفكاره الانتحارية . إنما على العكس يشجع على الاختلاط بالناس ومحاولة القراءة أو التسلي بمشاهدة أفلام خاصة أو ممارسة هوايات معينة ، أو اللجوء إلى الراحة والاسترخاء ... الخ .

وسنعرض فيما يلي بعض الحالات كناذج لهذا الاضطراب علنا نتبين من خلالها أعراض هذا المرض .

### نماذج من حالات الاكتئاب الذهاني :

**النموذج الأول :** أ.ب . فتاة في الثامنة عشرة من عمرها أدخلت إلى المستشفى في حالة بلادة واكتئاب تشعر باليأس ونحس بأنها لم تتعلم ولا تستطيع التركيز . وبدا لها أن الانتحار هو أبسط حل لمصاعبها . كانت بطيئة في الإجابة ، ونحيب أغلب الأحيان بكلمة واحدة . وتعترف بأنها سوداوية المزاج وعقلها ليس مستريحاً بل مليء بالمشاعر والأفكار المرضية ولذلك لم تكن قادرة على النوم وهي تفكر أنها عانت هلوسات أو هذيانات ، وتترك أنها مريضة وتحتاج للعلاج بالمستشفى .

وبالرجوع إلى تاريخ الحالة وجد أن جدتها لأبيها تخلصت من حياتها عندما بلغت الثانية والستين ، وعم والدتها أقدم على الانتحار في الخامسة والأربعين أصابها نوبة سابقة منذ سنة استعادت صحتها بعد أقل من أسبوع وقبل إدخالها المستشفى بثلاثة أيام أخبرت والدتها أنها شربت زجاجة القطرة ( محلول العين ) الموجودة في المنزل .

وبعد فترة قصيرة من الإقامة في المستشفى قضتها راقدة في سريرها سمح لها بالنهوض وبذلت معها محاولة لتنمية ميلها إلى العمل وبسرعة استعادت ثقتها بنفسها وخلال شهرين استردت صحتها وأمكن أن تعود لبيتها .

إنّ هذا النموذج يبين بوضوح أن هذا الاضطراب يمس الناحية الوجدانية دون الناحية العقلية ( الإحساس باليأس ، احتقار الذات ، المزاج السوداوى ) بدليل أنها لم تعاني هلوسات الهذيان ، كما تدرك أنها مريضة بحاجة للعلاج وبين هذا النموذج أيضاً دور العامل الوراثي ، وكيف أنها شفيت بسرعة بالعلاج الطبي والنفسي معاً .

**النموذج الثاني :** مادلين أرملة في الستين من عمرها عندما أدخلت المستشفى وهي مصابة بحالة اكتئاب شديدة حيث يبلى عليها الإعياء وترفض الكلام وترفض مغادرة شقتها تتهدد باستمرار وكانت تبدو على وشك البكاء ، تظل شاردة واجمة .

وبالرجوع إلى التاريخ المرضي للحالة وجد أن مادلين قد دخلت المستشفى أول مرة في سن الثانية والعشرين بعد اقترانها بزوجها الأول وكانت يومها تبلى أعراض الهوس التي عولجت منها وبعد شهر عاودتها أعراض الاكتئاب حيث عولجت منها أيضاً وظلت سوية إلى أن أصابها الإنهيار في سن الستين .

ويرى زوجها أنه عاد ذات يوم للبيت ليجدها تراقص وتلور حول نفسها ، وقد ارتدت فستان زفافها وقد لفت حوله فوطه الحمام ، فاستقبلته بضحكة ذات صلصلة تحرق الآذان ، وكانت تصدر أصواتاً صاخبة لا تتوقف وهي تغني وتطلق الشعارات وتفحش في القول ... الخ .

عولجت هذه الحالة بالجلسات الكهربائية والمقاير وتمست حالتها بعد جهد جهيد ( سوين ١٩٧٩ ، ص ٦٣٩ - ٦٤٠ ) .

هذا النموذج يقدم لنا أعراض الاضطراب الوجداني الذهاني بنوعية الاكتئاب والهوس وكذلك طريقة العلاج . ولا شك أن الوضع الذي وجدها زوجها فيه يقدم نموذجاً ممتازاً لحالة الهوس ، أما حالتها في المستشفى بعد فهي تصور أعراض الاكتئاب السلوكية والنفسية مثل الحزن والكآبة ، الإرهاق ، قلة الانتباه ، السرحان ... الخ .

#### الخلاصة :

إن الاكتئاب الذهاني اضطراب عقلي قد يحدث بشكل مفاجئ بعد حوادث مثيرة مثل الولادة أو العمليات الجراحية ، وقد يزحف تدريجياً من الاكتئاب البسيط إلى الحاد أو اللذهاني .

ويبدأ أعراضاً لا تخطئها العين الملاحظة من : مظاهر الحزن والأسى وهبوط الروح المعنوية وقلة انتباه ، وسرحان ، وعدم قدرة على التركيز ، وفقد القدرة على التفكير ، واضطراب النوم ، وفقد الشهية ... الخ . كما يمكن للمضطرب أن يحاول إنهاء حياته .

ويذهب الكثيرون إلى أن هذا الاضطراب نادر الوقوع في الطفولة ، كما تتعدد أسبابه ومنها : العامل الوراثي ، والبيئي ، والبيوكيميائي ، أما علاجه فلا بد أن يتعاون فيه الاختصاصي النفسي لتقديم العلاج النفسي ، وكذلك الطبيب لتقديم العقاقير الطبية اللازمة والجلسات الكهربائية التي تعطي نتائج ملموسة في مثل هذه الحالات .

### ٣ - دُهان الشيخوخة :

يعتبر هذا الاضطراب من أهم أمراض الشيخوخة التي تواجه المجتمع المعاصر ، خاصة ونحن نشهد هذا الاهتمام الكبير على مستوى علمي بهذه المرحلة من العمر . وكذلك التقدم العلمي في مجال الرعاية الصحية ما رفع من معدلات العمر على مستوى عالمي ، ووفر إمكانيات علاج الأمراض الذهانية للمسنين ، ولا شك أننا نحن - المسلمون - مأمورون بالعناية الفائقة بالمسن وذلك في قوله تعالى : ﴿ وَقَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا ، إِنَّمَا يُغْنِي عَنْكَ الْكِبَرُ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُلْ لَهُمَا آفٌ وَلَا تُبْهِنُ لَهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا . وَاخْضَعْ لَهُمَا طِغْيَاءَ اللَّيْلِ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيْتَنِي صَغِيرًا ۝ . صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ ۝ .

وإذا كان من الطبيعي أن تتناقص القوى العقلية للفرد بتقدم العمر - القدرة العقلية كما تقيسها اختبارات الذكاء - فإن القليلين هم الذين يصلون إلى سن الشيخوخة ( ما فوق الستين - الوفاة ) ، بغير متاعب سوء التوافق الشخصي والاجتماعي . هذا التوافق الذي هو الحد الفاصل بين الشيخوخة العادية والشيخوخة الذهانية . ذلك أن دُهان الشيخوخة يعني « إصابة الفرد بالأس أو فساد التكوين Involution Degeneration نتيجة كبر السن وما صاحبه من ظروف طوال ما لا يقل عن سبعين سنة من العمر » . ( دسوقي ، ١٩٧٤ ) .

وتراوح نسبة انتشار هذا الاضطراب من مجتمع لآخر وتدل بعض الأبحاث الحديثة على أن حوالي ١ ٪ من المسنين يعانونه وفي إحصائيات أجريت بالولايات المتحدة تبين أن نسبة ١٨ ٪ من المقبولين بمستشفيات الأمراض العقلية يعانون دُهان الشيخوخة منهم ٨ ٪ جنون شيخوخة بسيط<sup>(١)</sup> و ١٠ ٪ تصلب شرايين المخ .

(١) يسميه البعض مرض الزهايمر Al zheimer's Disease .

أعراضه : يمكننا حصر الأعراض التالية :

( أ ) **تدهور القدرات العقلية Mental Deterioration** : يبدأ المريض نسيان الحوادث القريبة ، ثم نسيان كل ما عرفه من قبل ، فينسى أصدقائه وأقاربه ، وأين وضع حاجياته ، وكثيراً ما ينهك في الثرثرة بلا هدف ويتمحدث عن ذكرياته الماضية ثم يأخذ في رواية أحداث لم تقع ولا يستطيع حل أبسط المسائل . وتظهر بعض الهلوس السمعية والبصرية والهذات .

( ب ) **اضطرابات وجدانية Emotional Disorders** : بعض المرضى تكون معنوياتهم منخفضة Low Spirits وفي هذه الحالة تتناهم أفكار سوداوية ، وعدم استقرار انفعالي ، وتوهم العوز والحاجة أو أنه عبء ثقيل على أولاده . وقد يتناهم المرح فيخنون ويرقصون دونما حرج ويتجولون في الحجرات للتأكد من غلق الأبواب لأنهم يخافون من اللصوص ، ويتفننون في إخفاء مقتنياتهم الشخصية . وللبعض منهم شرهة في تناول الأطعمة وبعضهم يهمل ذاته ، ويصبح عديم الاهتمام أو الترتيب لا يهتم إلا إشباع حاجاته الضرورية .

( ج ) **اضطرابات سلوكية Behavioral Disorders** : يبدى بعض المرضى شلواً في السلوك الجنسي كالانحراف والاعتصاب والاستجناس واستعراض الأعضاء التناسلية أمام زوجته وأولاده وأحياناً أصدقائه .

أسبابه : دهان الشيخوخة باعتباره ذهاناً عضوياً ينتج في الدرجة الأولى من عوامل بيوكيميائية ، ثم تأتي العوامل النفسية والاجتماعية كموامل مساعدة في إحداث هذا الاضطراب العقلي .

( أ ) **العوامل اليوكيميائية Biochemical Factors** : تتمثل هذه العوامل في إصابة المخ بأمراض مثل أورام المخ وزهري الجهاز العصبي وضمور المخ خاصة مخ الفصين الجبهي والصدغي ، وتتمثل أيضاً في ارتفاع ضغط الدم أو هبوط القلب أو اضطرابات الغدد .

( ب ) **العوامل النفسية Psychological Factors** : يفسر براون ومينفجر دهان الشيخوخة على أنه فشل الدوافع المتعلقة بلذة الحب والإشباع في أن تغلب على بواعث الهدم والتحلل . فالعجوز الذى عاش شبابه وكهولته بنجاح

واستمتع بإشباع كل لذة أباحها المجتمع ، يجد الآن أن اللذة التي تتحصل من استمرار الحياة لا تساوى الإحباط والآلام التي تنجم عن هذا الاستمرار ، فترجع عنده لا شعورياً رغبة الموت على الرغبة في الحياة . ( دسوقي ، ١٩٧٤ ) .

إن إحساس المسن بأنه أصبح عجوزاً أو شيخاً يحمل في ثناياه مجموعة من الأحاسيس كالخوف من العجز وتوقع الموت ، ونقص قيمة الذات كل هذا يساهم في الوصول به إلى اليأس فالإكتئاب الحاد .

(ج) العوامل البيئية **Environmental Factors** : لا شك أن اتجاه الأسرة خاصة في المجتمعات الصناعية إلى الأسرة النواة قد جعل الآباء والأمهات يعيشون في عزلة اجتماعية ، مما يساهم في تهيئة البعض للإصابة بالاضطرابات النفسية والعقلية . كما أن العجز الذي قد يصاب به المسن خاصة العجز الجسمي مثل فقد الإبصار أو فقد السمع ، يساهم في عزله الاجتماعية ، ويدفعه إلى الشك فيمن حوله ، ويتولد لديه بعض المعتقدات الاضطهادية وغيرها من أعراض الذهان .

كما أن إحالته على التقاعد وما يتسبب من نقص في الدخل وفقدان لأصدقاء المهنة أو العمل وزيادة الفراغ وضيق الأهداف عوامل مساعدة في ظهور الاضطرابات الذهانية عند كبار السن .

### علاج ذهان الشيخوخة :

رغم أن ذهان الشيخوخة يظهر في سن متأخرة من العمر وينتهي عادة بالموت إلا أنه قد حظى في المدة الأخيرة بنوع من الرعاية والعناية باعتبار أنه مرض من الأمراض التي تصيب الفرد في هذه المرحلة من العمر ، وأن الرعاية الصحية بالمسنين امتدت لتشمل عموم أمراض الشيخوخة بما فيها هذا الاضطراب العقلي . وتعددت طرق العلاج نذكر منها ما يلي :-

( أ ) العلاج العضوي **Physical Treatment** : ويشمل تقديم العقاقير المهدئة وإعطاء الفيتامينات والمضادات الحيوية والأكسجين وذلك حسب الحالة . ومن الممكن إعطاء العقاقير المضادة للاكتئاب مثل التوفرانيل والبيرتوفران وال تريبتيزول وغيرها .

(ب) العلاج النفسي **Psychological Therapy** : إذا كان العلاج النفسي التحليلي لا ينفع مع المسنين إلا أن العلاج الفردي المساند **supportive** الذي يجد فيه المريض المعين والسند ، يمكن أن يؤدي إلى نتائج إيجابية . ونعتقد أن العلاج النفسي الديني له مجاله الأساسي هنا ، ذلك أن الدين يمنح المسن الأمل والرجاء في نعم الله والرضا بما قسم له ، والقناعة بأن الحياة الدنيا ما هي إلا معبر بسيط لحياة أرحب وأطول ، الحياة الأبدية . وبالتالي نعاون المسن في مواجهة الخوف وترقب الموت ونبذ لذاته ... الخ . كما أن العلاج المركز حول العميل كما يسميه روجرز ينفع هنا أيضاً ، فكلما عرف المسن طبيعة مرحلة الشيخوخة التي يجتازها ، وعرف إمكانياته ، وما يمكن أن يتعرض له من هم في مثل سنه من اضطرابات كلما عاونه ذلك على قبول ذاته والتوافق معها .

(ج) العلاج الاجتماعي **Sociotherapy** : يتوجه هذا العلاج نحو خلق بيئة يستطيع فيها المريض المسن أن يعمل وينشط ويستفيد من قدراته في جو وظروف ملائمة ، ولعل أفضل بيئة للمسن في مجتمعاتنا هي الأسرة بما تمنحه من جو كله عطف وحنان وانتاء ورضا ، أما دور الرعاية الاجتماعية فمرغم ما تقدمه من خدمات للمسن لا يمكن أن تعرضه عما فقدته بانفصاله عن أسرته . كما أن إيجاد نواد يقضي فيها المسن وقت فراغه ويلتقي بأصدقائه بعد إحالته على التقاعد .

أضف إلى ذلك أن الأخصائي الاجتماعي الطبي ، يستطيع أن يقدم خدمات تدريبية لأولئك الذين يعانون الشلل واحتباس النطق ( الأفازيا ) وذلك في المستشفى أو في الأسرة .

نماذج من ذهان الشيخوخة :

النموذج الأول : رجل مسن في الخامسة والثمانين من عمره ، أودع في المستشفى بعد أن ماتت زوجته ورفض أولاده الاستمرار في رعايته . فكان يقضي معظم وقته راقداً في سريره يتمتع لنفسه . وكانت تعثره نوبات من الهذيان فيظل يصبح في طلب زوجته ولا يستطيع أثناءها التعرف على أحد . وكثيراً ما كان يتهم العاملين في المستشفى بالتآمر عليه والخط من قدره . كما أنه لم يكن يبالي حين يتعرّى أمام الأطفال الذين يزورون عنابر المستشفى . ثم بدأ يفقد قدرته على تذكر الأحداث البعيدة . وفي أواخر أيامه فقد اتجاهاته الزمانية والمكانية تماماً وبلدت عليه :علاوس والاهتياج .



**النموذج الثاني :** امرأة في الثمانين من عمرها ، حضرت إلى المستشفى وكانت تبلى عليها علامات اللطف والبشاشة ، تتحدث بطلاقة وبطريقة مشته ومختلطة ، تسد فجوات الذاكرة الحاضرة بأحداث انقضت من عشرين أو ثلاثين سنة ، وفجأة تتحول إلى حالة من عدم الاستقرار ، فتخطر في نشاط مستمر ، تتحرك جيفة وذهاباً . ولما أودعت في المستشفى لوحظ عليها أنها تطوى قطعة من القماش ثم تفرداها من جديد دونما كلل أو ملل ، كما لوحظ أنها تظل وقتاً طويلاً تدور في ساحات المستشفى تجمع الحاجات النافهة .

#### الخلاصة :

تزداد نسبة انتشار ذهان الشيخوخة نظراً لتزايد عدد المسنين في المجتمعات عموماً ، ويعود هذا الاضطراب العقلي إلى عوامل : جسمية ونفسية واجتماعية . ويمكن التعرف على صاحبه من جملة أعراض أهمها : اضطراب القدرات العقلية خاصة تذكر الأحداث الحاضرة ، والقدرة على ضبط عمليات التفكير والفشل في حل أبسط المسائل ، كما تظهر بعض الاضطرابات الوجدانية كالكتابة أو الانفعالات غير المستقرة ، أو الاحساس بالثبذ أو العناء أو التأمر عليه .. الخ . كما يبدى المسن بعض الاضطرابات السلوكية الخارجة عن المألوف دونما حياة أو خجل . ويمكن أن يقدم لمثل هؤلاء العلاج الطبي والعلاج النفسي والاجتماعي .



## الفصل الخامس

### مشكلات الطفولة

- مقدمة
- صعوبات تحديد المشكلة
- تعريف مشكلات الطفولة
- تصنيف المشكلات
- تشخيص المشكلات
- سمج المشكلات
- أسباب المشكلات
- علاج مشكلات الطفولة
- بعض مشكلات الأطفال .
- المخاوف المرضية ( الفوبيا )
- فوبيا المدرسة
- الغيرة
- التبول اللاإرادی



## تمهيد

تبين من دراسات الباحثين في الشخصية وعلم نفس النمو أن توافق الإنسان في المراهقة والرشد مرتبط إلى حد كبير بتوافقه في الطفولة ، فمعظم المراهقين والراشدين المتوافقين مع أنفسهم ومجتمعهم توافقاً حسناً كانوا سعداء في طفولتهم ، قلبي المشاكل في صغرهم ، بينما كان معظم المراهقين والراشدين سيئى التوافق تعساء في طفولتهم ، كثري المشاكل في صغرهم .

كما أوضحت نتائج الدراسات في مجالات علم النفس المرضي وعلم نفس الشواذ دور مشكلات الطفولة في نشأة الاضطرابات النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية في مراحل المراهقة والرشد ، فقد أشارت دراسات كثيرة إلى أن نسبة كبيرة من الذهانيين والعصابيين والمجرمين والجانحين ومدمني الكحوليات والمخدرات والمنحرفين جنسياً كانوا تعساء في طفولتهم ، وعانوا في صغرهم من مشاكل نفسية واجتماعية عديدة .

من هنا أدرك علماء الصحة النفسية أهمية دراسة مشكلات الصغار ، ومعرفة أعراضها وأسبابها ، ونصحوا بضرورة اتخاذ الإجراءات المناسبة للوقاية منها ، وعلاجها في سن مبكرة ، قبل أن تؤدي إلى الانحرافات النفسية أو انعدام الصحة النفسية في مراحل العمر التالية .

ونحن بدورنا نؤيد هذه النصيحة ونعتبر الوقاية من مشكلات الطفولة وعلاج الأطفال أصحاب المشكلات خط الدفاع الأول ضد الانحرافات النفسية في مراحل الحياة التالية ، لأنهما - أي الوقاية والعلاج - يساعدان على نمو الشخصية السوية ، ويمكنان الشخص من الاستفادة بما وهبه الله من استعدادات وقدرات وميول - في تعلم ما ينفعه في الدنيا والآخرة ، فيقبل على التعليم والتدريب والتأهيل ، ويبني نفسه ومستقبله بما يعود عليه بالخير وعلى مجتمعه بالنفع ، فيدرك الكفاءة والنجاح ، ويشعر بالأمن والاستقرار ، ويحس بالصحة النفسية في جميع مراحل حياته .

وسوف نتناول في هذا الفصل بعض مشكلات الطفولة ، ونبين أعراضها وطرق تشخيصها ، وأساليب الوقاية منها ، وطرق علاج الأطفال أصحاب المشكلات . وفي البداية نتوقف قليلاً عند الصعوبات التي تعترض تحديد المشكلة ، ونبين مفهوم المشكلة ، ثم نحدد مفهومنا لمشكلات الطفولة .

### صعوبات تحديد المشكلة

من الصعب تحديد مفهوم المشكلة Problem Concept لأن الفروق بين سلوك ومشاعر الأطفال العاديين وسلوك ومشاعر الأطفال غير العاديين فروق في درجة وجود هذا السلوك أو هذه المشاعر ، وليس في نوعية السلوك أو المشاعر . لمعظم الأطفال العاديين يفعلون ما يفعله الأطفال غير العاديين أحياناً ، فيظهرون الخوف والتخريب ، والنكوص والانسحاب ، والعناد والتمرد والكذب والعصيان ، والغيرة والغضب وأحلام اليقظة في بعض المواقف ، بينما يظهر الأطفال غير العاديين هذه السلوكيات والمشاعر في مواقف كثيرة وبدرجة عالية .

ولا يتفق الباحثون على الدرجة التي تفصل بين السلوك والمشاعر العادية وغير العادية ( Kauffman , 1981 ) لعدة أسباب من أهمها الآتي :

( أ ) اختلاف مفهومي العادى وغير العادى من مجتمع إلى آخر :  
فما يعتبر سلوكاً عادياً في مجتمع ، قد يعتبر سلوكاً شاذاً في مجتمع آخر ، فالفتاة التي تبحث عن عشيق لها يعتز سلوكها ومشاعرها عادية في المجتمعات الغربية ، ومذمومة في المجتمعات الإسلامية .

( ب ) اختلاف مفهوم غير العادى بحسب مراحل النمو الجسمي والعقلي والاجتماعي :  
فما يعتبر سلوكاً غير عادى في مرحلة المراهقة والرشد قد يعتبر سلوكاً عادياً في مرحلة الطفولة ، وما يعتبر سلوكاً مشكلاً بالنسبة للشخص الذكي قد يعتبر سلوكاً عادياً بالنسبة لمن هو أقل منه ذكاءً .

( ج ) اختلاف فهم الناس في المجتمع الواحد - للسلوك العادى :  
فما يعتبره شخص سلوكاً مشكلاً قد يعتبره آخر سلوكاً عادياً . فقد يعتبر أحد المدرسين مناقشة التلميذ لآراء مدرسه ونقده لها وقاحة ونقص في الأدب ، بينما يعتبرها آخر دليلاً على النضوج والذكاء والثقة بالنفس . وقد يعتبر أحد الآباء رسوب ابنه في الدراسة مشكلة خطيرة ، في حين لا يعتبره آخر كذلك .

## تعريف مشكلات الطفولة

أدى عدم اتفاق الباحثين حول ما هي المشكلة ؟ إلى اختلافهم في تعريف « مشكلات الطفولة Childhood Problems » <sup>(١)</sup> فكل باحث عرفها بحسب ظروف مجتمعه الثقافية والاجتماعية والاقتصادية ، وبحسب امكاناته وأدواته وأهدافه . وهذا ما جعل كل تعريف ليس جامعاً لكل المشكلات ، وليس مانعاً من دخول مشكلات أخرى .

وتعرف مشكلات الطفولة من وجهة نظرنا أنها عبارة عن : « صعوبات جسمية أو نفسية أو اجتماعية تواجه بعض الأطفال بشكل متكرر ، ولا يمكنهم التغلب عليها بأنفسهم ، أو بإرشادات وتوجيهات والديهم ومدرسيهم ، ليسوء توافقهم ويقاوم غوهم النفسي أو الاجتماعي أو الجسمي ، ويسلكون سلوكاً غير مناسب لسنهم أو غير مقبول اجتماعياً ، وتضعف ثقتهم بأنفسهم ، ويسوء مفهومهم عن أنفسهم وعن الآخرين ، وتقل فاعليتهم الإيجابية في المواقف الاجتماعية ، وتضعف قابليتهم للتعلم والتعليم والاكتساب ، ويحتاجون إلى رعاية خاصة على أيدي متخصصين في مجالات الصعوبات التي يعانونها » .

ونستشف من هذا التعريف أربعة أدلة على وجود مشكلة عند الطفل ( Kessler , 1966 ) وهذه الأدلة هي :

١ - تكرار ظهور السلوك الشاذ أو المنحرف ( عرض المشكلة ) وعدم تجاوبه مع محاولات التعديل والتغيير ، التي يقوم بها الطفل والوالد ومدرسه .  
فظهور السلوك الشاذ مرة أو مرات قليلة لا يدل على وجود مشكلة عند الطفل <sup>(٢)</sup> لأنه قد يكون سلوكاً عارضاً ، يختفي تلقائياً أو بمجهود من الطفل أو من

---

(١) تتعالج مشكلات الطفولة بتولين مختلفة منها اضطرابات الطفولة . Childhood disorders أو  
Childhood problems أو مشكلات الطفولة . Childhood difficulties or disturbances .

(٢) يسلك كثير من الأطفال سلوكيات ويظهرون مشاعر في بعض الأحيان تشبه سلوكيات ومشاعر الأطفال المشكلين ، مثل الخوف والميلوان والغضب والتخريب والانسحاب وغيرها . ومع هذا لا نعتبرهم من المشكلين لأنها غير متكررة ، وليست سمة غالبة في أساليب توافقهم مع أنفسهم ومع الآخرين .

والديه ومدرسيه . فالطفل الذى يسرق مرة ويتوقف عن السرقة من نفسه أو بتوجيه من والديه ومدرسيه ، لا نعتبره يعاني من مشكلة السرقة ، لأن مَنْ يعاني من هذه المشكلة - بحسب تعريفنا - تتكرر سرقاته ويعجز مدرسه ووالداه عن تعديل سلوكه .

٢ - تدخل السلوك الشاذ ( أو العرض ) في إعاقة نمو الطفل الجسمي . أو النفسي أو الاجتماعي ، ويؤدى إلى اختلاف سلوكه ومشاعره عن سلوك ومشاعر مَنْ هُمْ في سنه .

٣ - تدخل السلوك الشاذ في الحد من كفاءة الطفل في التحصيل الدراسي وفي اكتساب الخبرات ، مما يعوقه عن بناء مستقبله بالتعليم والتدريب .

٤ - تدخل السلوك الشاذ في إعاقة الطفل عن الاستمتاع بالحياة مع نفسه ومع الآخرين ، ويؤدى إلى شعوره بالكآبة والتعاسة والمعاناة النفسية والجسمية ، وقد يتسبب في ضعف قدرة الطفل على تكوين علاقات مُرضية مع والديه وإخوته وأقرانه ومدرسيه .

### تصنيف المشكلات

نصنف مشكلات الطفولة - بحسب تعريفنا السابق - إلى مشكلات جسمية وأخرى نفسية واجتماعية . ويعيننا في هذا المقام تصنيف المشكلات ذات الطابع النفسي ، ونصنفها (١) كالآتي :-

١ - اضطرابات العادات **Habits Disturbances** : وتشمل اللزمات العصبية ، والتبول اللاإرادي ، ومص الإبهام ، وقضم الأظافر ، وفقدان الشهية والشراهة ، وأكل الأشياء التى لا تؤكل **Pica** ، والأرق والنوم المتقطع .

٢ - اضطرابات السلوك **Character Disturbances** : وتشمل العدوان والتخريب والمروق ، والسرقة والكذب والغش والاحتيال ، والهروب والتدخين والإدمان والنشاط الزائد .

---

(١) تصنف جمعية الطب العقلي الأمريكية **American Psychiatric Association** مشكلات الطفولة إلى : اضطرابات التوالت ، التقلية ، النوم ، الطلق ، اللزمات العصبية ، التعلم ، الجهاز الهضمي .



- ٣ - اضطرابات انفعالية Emotional Disturbances : وتشمل الغيرة والغضب والانسحابية والفويا والعناد وأحلام اليقظة .
- ٤ - اضطرابات التعلم Learning Disturbances : وتشمل صعوبات القراءة والكتابة ، والمعجز عن التعلم ، وبطء التعلم <sup>(١)</sup> ، والتخلف الدراسي ، والتأخر الدراسي ، وصعوبات النطق والكلام .
- ٥ - اضطرابات نفسية ( العصاب ) : وتشمل القلق العصبي والمستوريا والسلوك القهرى ، وتوهم المرض .
- ٦ - اضطرابات عقلية ( الذهان ) <sup>(٢)</sup> : وتشمل فصام الطفولة والتوحد الطفلى .
- ٧ - اضطرابات عصبية : وتشمل الصرع وإصابات المخ .
- ٨ - التخلف العقلي : ويشمل فئات التخلف الخفيف والمتوسط والشديد .
- ٩ - السيكوباتية <sup>(٣)</sup> :

### تشخيص المشكلات

نقصد بتشخيص « مشكلة الطفل » جمع معلومات عن نشأة المشكلة وأعراضها وتطورها ، وعن تاريخ الطفل وظروفه الجسمية والأسرية والمدرسية ، وتفاعل هذه الظروف مع قدرات الطفل واستعداداته النفسية ، ثم تنظيم هذه المعلومات وتحليلها ، واستقراء مدلولاتها للوقوف على نوع المشكلة ومستواها ، وتحديد عوامل نشأتها وتطورها ، والوصول من هذا الاستقراء إلى تحديد الأسلوب المناسب لمعالجتها والوقاية منها .

(١) تتناول مشكلات بطء التعلم والتدخين والإدمان في الفصل السادس .

(٢) ناقش الفصل الرابع : الاضطرابات النفسية والعقلية .

(٣) ناقش الفصل السادس : التخلف العقلي والسيكوباتية .

فتشخيص المشكلة عملية فنية دقيقة متعددة الجوانب ، يقوم بها فريق من المتخصصين في علوم النفس والطب والاجتماع والترية ، يُنَاط بهم تحديد المشكلة وعوامل نشأتها وأساليب علاجها .

ويتم تشخيص مشكلات الطفل في العيادات النفسية ومراكز التوجيه والارشاد النفسي ، حيث يقوم الطبيب بفحص الطفل جسدياً ، وإجراء التحليلات الطبية والأشعات لتحديد العوامل الفسيولوجية والبيولوجية ، التي قد يكون لها علاقة بمشكلة الطفل . ويقوم الاخصائي الاجتماعي ببحث تاريخ الطفل التطوري ، وتربيته الدراسي ، وظروفه الأسرية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية ، وظروف تنشئته وتربيته . ويقوم الاخصائي النفسي بدراسة قدرات الطفل وسمات شخصيته ، وحاجاته وطموحاته وميوله واتجاهاته وصراعاته واحباطاته ، وأساليب توافقه وعلاقاته بوالديه ومدرسه وإخوانه وأصحابه .

وقد يكون تشخيص العوامل الجسمية وتحديد علاقتها بالمشكلة ميسوراً إلى حد كبير في الوقت الحاضر ، لأنها عوامل ملموسة نصل إليها مباشرة بأدوات وأجهزة طبية متطورة في الفحص والتحليل والأشعات . أما تشخيص العوامل النفسية والاجتماعية وتحديد علاقتها بمشكلة الطفل ، فلا يزال يعتمد إلى حد كبير على حس الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين وخبراتهم الإكلينيكية ، وعلى دقة الأدوات التي يستخدمونها في جمع معلوماتهم عن الحالة ، وعلى تعاون الآباء والمدرسين معهم ، وقَبُولُ الطفل نفسه لهم في مواقف المقابلات والاختبارات ، وتصبره بانفعالاته وحاجاته وصراعاته واحباطاته .

ويعتبر منهج دراسة الحالة Case Study من أفضل المناهج المستخدمة في تشخيص مشكلات الطفولة ، لأنه يقوم على أساس تقويم الطفل صاحب المشكلة من جميع النواحي النفسية والجسمية والاجتماعية والمدرسية ، وتحديد مشكلته ، وعوامل نشأتها وتطورها ، مما يساعد على فهم ديناميات الشخصية ، وتفسير سلوكياتها ، ووضع الخطة المناسبة لتنميتها وعلاج مشاكلها .

وتشمل دراسة حالة الطفل الآتي :-

١ - جمع المعلومات عن مشكلة الطفل وأعراضها ونشأتها وتطورها :  
عن طريق مقابلة الوالدين والمدرسين وغيرهم من الراشدين المهمين في حياة الطفل .

٢ - فحص الطفل من الناحية الجسمية : وإجراء التحاليل والأشعات اللازمة .

٣ - جمع معلومات عن تاريخ حياة الطفل وتفاعلاته وعلاقاته ، وظروفه الأسرية والمدرسية : عن طريق مقابلة الوالدين والمدرسين ، وزيارة الأسرة والمدرسة ، والرجوع إلى السجلات والتقارير التي فيها معلومات عن الطفل .

٤ - ملاحظة الطفل لفترة زمنية : تسمح بالوقوف على أعراض مشكلته وتقدير سلوكه التلقائي في مواقف طبيعية من حياته اليومية . ( في الملعب أو الفصل أو المطعم أو الرسم أو البيت ... الخ ) . وقد يقوم الأخصائي بهذه الملاحظات ، أو يطلب من الآباء والمدرسين ملاحظة الطفل في مواقف معينة ولتدويناها لهم .

٥ - إجراء الاختبارات النفسية : لتحديد ذكاء الطفل ، وقدراته الخاصة وسمات شخصيته ، وحاجاته وطموحاته وصراعاته ... الخ .

٦ - مقابلة الطفل : لجمع معلومات عن المشكلة ، وعن مدى تبصره بها ، ورغبته في العلاج . وكذلك الكشف عن جوانب في شخصيته ، قد لا يصل إليها الأخصائي النفسي بالاختبارات النفسية أو الملاحظة . ففيها - أى المقابلة - يتفاعل الطفل مع الأخصائي وجهاً لوجه ، ويحجب على أسئلته ، ويفعل ويستفسر ، ويثور ويتمحس ، وتضطرب همته ، ويتردد ويتلعثم . كل هذه الملاحظات تساعد الأخصائي على فهم أكثر للطفل ، وتعطيه معلومات تكمل وتفسر وتؤيد المعلومات التي حصل عليها من الآباء والمدرسين ، أو التي جمعها من ملاحظة الطفل ، ومن تطبيق الاختبارات عليه .

٧ - مناقشة فريق دراسة الحالة : لنتائج الدراسات الطبية والنفسية والاجتماعية ، بهدف تحديد المشكلة وعوامل نشأتها وتطورها ، وتقديم التوصيات المناسبة لعلاجها ، ومساعدة الطفل على تنمية شخصيته ، وبناء مستقبله ، وحمايته من الاضطرابات النفسية والانحرافات السلوكية .

## جعم المشكلات

يستخدم في الدراسات المسحية لمشكلات الطفولة أساليب مختلفة ، منها مقابلة المدرسين أو إرسال استبيانات إليهم ، يطلب منهم فيها ذكر أسماء الأطفال أصحاب المشكلات في فصولهم ، وتحديد نوع المشكلة التي يعاني منها كل طفل . ومنها أيضاً مقابلة الأطفال أنفسهم ، وجمع المعلومات عن مدى توافقهم ، والمشكلات التي تواجههم في البيت والمدرسة ، ومنها كذلك متابعة مجموعة من الأطفال لعدة سنوات وتحديد ما يعانونه من مشكلات ، وسؤال أطباء الأطفال ، والرجوع إلى سجلات المستوصفات ، وسجلات الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين في رياض الأطفال والمدارس .

فإذا أضفنا إلى اختلاف أساليب مسح مشكلات الطفولة اختلاف الباحثين في تحديد مفهوم المشكلة - الذي أشرنا إليه من قبل - نتوقع تباين تقديرات حجم مشكلات الطفولة تبايناً كبيراً . وقد أبهت الدراسات الميدانية هذا التوقع حيث تراوحت تقديرات الباحثين لنسبة الأطفال أصحاب المشكلات بين ٥ ٪ و ٢٠ ٪ من التلاميذ الذين شملتهم دراساتهم . ( Kauffman , 1981 ) .

ففي تقرير قدم إلى مؤتمر الصحة النفسية للأطفال Mental Health of Children سنة ١٩٧٠ في الولايات المتحدة الأمريكية إلى ذكر أن من ٨ ٪ إلى ١٠ ٪ من الأطفال يعانون من مشكلات انفعالية تجعلهم في حاجة إلى رعاية خاصة .

وفي دراسة لروين وبالو سنة ١٩٧٨ تابعا فيها ١٥٨٦ طفلاً لمدة ثلاث سنوات ، وُجد أن ٥٠ ٪ من الأطفال كانت لهم مشاكل في وقت ما من حياتهم المدرسية ، وقال مدرس أو أكثر عن ٣٠ ٪ من التلاميذ أن لهم مشكلات ، في حين اتفق جميع المدرسين على ٧,٤ ٪ من التلاميذ (١١,٣ ٪ من الأولاد و ٣,٥ ٪ من البنات ) ، وقالوا أنهم يعانون من مشكلات انفعالية . ( Ruben & Balow , 1978 ) .

وبالرغم من اختلاف نتائج الدراسات المسحية حول تحديد حجم مشكلات الطفولة ، فيبدو أن معظم الباحثين متفقون على أن من ٦ ٪ إلى ١٠ ٪

من أطفال المدارس يعانون من مشاكل ، وفي حاجة إلى إرشاد وتوجيه ورعاية خاصة ، لمساعدتهم على التخلص من هذه المشكلات قبل أن تعوقهم عن بناء مستقبلهم ، أو تجرهم إلى مشاكل أصعب منها في مراحل حياتهم التالية .

## أسباب المشكلات

من الصعب تحديد سبب واحد لأية مشكلة من مشكلات الطفولة ، فكل مشكلة لها مجموعة من الأسباب التي تفاعلت وتداخلت وأدت إلى ظهورها عند الطفل . ومن المتعذر الفصل بين هذه الأسباب وتحديد أى منها كان علة للمشكلة ، فلا نستطيع القول أن سبب تبول الطفل لا إرادياً - مثلاً - شعوره بعدم الأمن أو بالنقص أو الفيرة أو القسوة أو الحرمان والظلم ، لأن العلاقة بين التبول اللاإرادي وأى من هذه الأسباب ليست علاقة علة بمعلول Cause and effect relationship . كما أننا لا نستطيع الجزم بأن التبول اللاإرادي نتيجة للشعور بعدم الأمن وليس سبباً له . لذا يتفق معظم الباحثين على أن أية مشكلة ، سلوك معقد له أسباب كثيرة متفاعلة .

ومع إدراكنا لتعدد أسباب مشكلات الطفولة ، وتعلم الفصل بينها ؛ نستطيع تصنيف هذه الأسباب إلى أربعة أنواع رئيسية هي : عوامل جسمية ، وعوامل نفسية ، وعوامل أسرية ، وعوامل مدرسية . ونتناول فيما يلي هذه العوامل بشيء من التفصيل :

### أولاً : العوامل الجسمية :

قد يؤدي قصور بعض أعضاء الجسم أو خلل وظائفها إلى تغير في شخصية الطفل واضطراب سلوكه . من عوامل هذا القصور أو الخلل اضطراب عمل الغدد ، وخلل الكروموسومات ، وشلوذ الخصائص الوراثية التي تحملها الجينات ، والتهابات المخ ، وتلفيات الدماغ ، وخلل الجهاز العصبي ، واضطرابات عمليات التمثيل الغذائي في خلايا الجسم ، والتهابات المثانة ، والتشوهات الخلقية ، والأمراض والحوادث وغيرها ، من العوامل التي تؤدي إلى ظهور بعض المشكلات السلوكية عند الأطفال .

## ثانياً : العوامل النفسية :

توجد عوامل نفسية كثيرة لها علاقة بنشأة مشكلات الأطفال وتطورها من أهمها :

١ - انخفاض مستوى الذكاء : الذى يؤدي إلى التخلف العقلي ، والبطء في التعلم ، والتأخر في النضوج الاجتماعي وفي النمو الانفعالي .

٢ - التكوين النفسي الشاذ : أو ما يسميه باندورا الجعبة السلوكية المنفرة . وهي مجموعة من الاستعدادية السلوكية ، إذا تمت عند الطفل ، تجعله سيء التوافق كثير المشكلات . من هذه الاستعدادات : الاستعداد للقلق ، والشعور بالنقص ، والشعور بالذنب ، والانتكالية ، والعداوة ، والاندفاعية ، وكلها استعدادات تجعل الطفل قليل الثقة بنفسه ، عاجزاً عن تحمل الأعباء والفشل ، لا يقوى على حل صراعاته ، سريع الغضب ، كثير المخاوف ، يشعر بالغيرة ، والعجز والدونية ، ويلجأ إلى الحيل الدفاعية في مواقف كثيرة ، فيسوء توافقه .

وتعتبر أعراض كثير من مشكلات الطفولة حيلاً نفسية دفاعية . فعندما يشعر الطفل بالفشل في التحصيل الدراسي يلجأ إلى العدوان والمشاغبة أو إلى الانسحاب والانعزالية ، وعندما يشعر بالغيرة من أخيه الصغير ، ويقع في صراع بين رغبته في الانتقام من أخيه وخوفه من غضب والده ، قد يلجأ إلى التبول اللاإرادية ، وهو حيلة تكيفية ، فيها ارتداد إلى أساليب توافقية سابقة ، كانت تحقق له العناية والاهتمام من والده .

## ثالثاً : العوامل الأسرية :

تتفق نتائج الدراسات التي أجريت على الأطفال أصحاب المشكلات أن أسرهم هي المسؤولة الأولى عن مشاكلهم وتفاقمها بشكل مباشر ، مما جعل الباحثين يسمون هذه الأسر بالأسر المشكلة Difficult Families ، ويعتبرون الأطفال أصحاب المشكلات ضحايا هذه الأسر ، لأنها إما أن تكون قد خلقت لهم هذه المشاكل ، أو ساهمت في خلقها وتنميتها ، كما أنها - أى الأسر المشكلة - مسؤولة إلى حد كبير عن العوامل الجسمية والنفسية التي لها علاقة بمشكلات الطفولة . فالأسرة قد تنمي عند أطفالها التكوين النفسي الشاذ ، وقد تعوق نموهم العقلي ، وقد تعرضهم للأمراض والحوادث وغيرها .

ومن أهم أخطاء هذه الأسر ، فشلها في إشباع حاجات الطفل الأساسية - العضوية وغير العضوية - في الوقت المناسب ، وبالقدر المطلوب ، وبالأسلوب الصحي . إذ يؤدي هذا الفشل إلى شعور الطفل بالإحباط والصراع والقلق ، وهي مشاعر مؤلمة - كما ذكرنا في الفصل الثالث - لا يستطيع الطفل تحملها والتغلب عليها ، فيزداد شعوره بالعجز ، وتعدم ثقته في نفسه وفي كل من يحيطون به ، ويشعر بالنبذ وعدم التقبل .

وحرمان الطفل من الأمن والطمأنينة ، ومن أن يُحِبَّ ويُحَبَّ ، وعدم ثقته في الآخرين من أهم أسباب مشكلات الطفولة .

وتتلخص عوامل فشل الأسر المشكلة في إشباع حاجات أطفالها في الآتي :

١ - الإفراط في إشباع حاجات الطفل : الذي يظهر في التدليل والحماية المبالغ فيها ، والتساهل الزائد مع الطفل ، مما يجعله دكتاتورياً متمركزاً حول ذاته ، ويعوده على الأخذ دون العطاء ، وينمي فيه الاتكالية والكسل وعدم الثقة بالنفس ، ويُخَفِّضُ عتبة الإحباط والصراع والقلق ، فيسوء تواقفه في المدرسة ومع الأطفال الآخرين ، وتنشأ عنده مشاكل فقدان الشهية واضطرابات النوم والعنوان والخوف وغيرها . ( Rousell & Edward , 1966 ) .

٢ - حرمان الطفل من إشباع حاجاته العضوية الأساسية : أو تأخير إشباعها أو إشباعها بطريقة لا تشعره بالعطف والحنان ، يؤدي إلى معاناته من مشاكل جسمية ونفسية كثيرة .

٣ - إهمال الوالدين في توفير حاجات الطفل العضوية الأساسية : فلا يشبعونها له في الوقت المناسب أو بالقدر المناسب ، أو يشبعونها له بطريقة لا تشعره بالأمن والطمأنينة مما يؤدي إلى معاناته من مشاكل نفسية وجسمية وسيكوسوماتية كثيرة أيضاً . فسوء التغذية يؤدي إلى الهزال ، وتأخر النمو والخمول . وقلة النمو تؤدي إلى الانفعالية الزائدة وعدم التركيز في الدراسة والدوان . وإهمال تدريب الطفل على عمليات الإخراج قد يؤدي إلى التبول اللاإرادي وهكذا ...

٤ - قسوة الوالدين وجفاؤهما وتسليطهما يشعر الطفل بالبد وعدم التقبل وعدم الثقة ، مما يعوقه عن إشباع حاجاته غير العضوية ، خاصة حاجاته للأمن والحب والمكانة والتقدير ، فتتمو عنده العدوانية أو السلبية والكذب والسرقة والتخريب والتبول اللاإرادي وغيرها .

وقد جاءت الدراسات الميلانية لتؤيد علاقة قسوة الوالدين بسوء توافق الأطفال ومشاكلهم النفسية والاجتماعية ، فوجد جاكسون Jackson أن آباء الأطفال المضطربين نفسياً كانوا نابذين لهم ، يعاملونهم معاملة سيئة . وأشار مصطفى تركي في الكويت إلى أن الأبناء سعى التوافق كان آباؤهم يعاملونهم معاملة سيئة قائمة على بث الخوف . وغرس القلق وتنمية الشعور بالذنب ( تركي ، ١٩٧٤ ) . كما أيدت الدراسات على الأحداث الجانحين ارتباط سلوكهم الجانح بقسوة والديهم ، ونبتهم لأبنائهم وإهمالهم في إشباع حاجاتهم النفسية والاجتماعية والجسمية . ( حسن ، ١٩٧٠ ، Bennett ، 1954 ) .

٥ - غياب الأب أو الأم عن الأسرة : يحرم الطفل من عطفهما وحنائهما ، فلا تشبع حاجاته للأمن والطمأنينة والحب ، ولا يشعره بالاستحسان والتقدير ، فتتمو عنده الاستعدادات السلوكية السيئة . وخير شاهد على ذلك نتائج الدراسات على أطفال الملاجيء . ففي دراسة على أطفال في سن من ١٠ - ١٥ سنة عاشوا طفولتهم المبكرة في ملاجئ للأيتام ، وُجد أن نسبة كبيرة منهم سيمو التوافق ، وظهر عليهم عدم النضوج الاجتماعي ، والانفعالية الزائدة والعداوة ، والبلادة العاطفية والانحرافات السلوكية ( Carrison ، 1964 ) . وأشار بولي Bowlby إلى أن حرمان الطفل من أمه في السنوات الأولى من عمره يؤثر تأثيراً سلباً على نمو ذكائه ونضوجه الاجتماعي . ( Bowlby ، 1966 ) .

وقدمت الدراسات على الأحداث الجانحين دليلاً آخر على تأثير غياب الأب أو غياب الأم على الانحرافات السلوكية عند أبنائهم ، حيث تبين من دراسات عديدة في أوروبا وأمريكا وبعض البلاد العربية ، وجود علاقة كبيرة بين السلوك الجانح وغياب الوالدين ( خاصة غياب الأب ) أو إهمالهما لرعاية أولادهما . ( حسن ، ١٩٧٠ ) .



ومن أسباب غياب الأب أو الأم ؛ الوفاة والطلاق والهجر ، والانشغال بالعمل أو بالاصدقاء وغيرها فكلها عوامل تبعد الطفل عن والديه وتحرمه من حبهما وحنانهما .

٦ - كثرة الخلافات والشجار بين الوالدين : يؤثر على رعايتهما لأبنائهما وعلى استقرارهما في الأسرة ، وبالتالي يؤثر على شعور الأطفال بالأمن والطمأنينة ، فيسوء توافقهم النفسي في البيت والمدرسة ( مرسى ، ١٩٨٢ ) .  
ففي دراسة على ٣٥٠ فتاة احترفن الدعارة في كوبنهاجن في الدنمارك ، وجد أن ثلثهن عشن طفولتين في ظروف أسرية مضطربة ، لم يشعرن فيها بالأمن والطمأنينة .

ولعل حالة الطفلة حنان تعطي دليلاً على علاقة الخلافات الأسرية في نشأة المشكلات عند الأطفال . فقد حوت حنان بسبب رفضها الذهاب إلى المدرسة ، وكلما أجبرت على الذهاب أصابها الرعب ، وشحب لونها ، وعانت من الإسهال وآلام في المعدة . وبعد دراسة حالتها وجد الأخصائي النفسي أن مشكلتها بدأت عندما أحست بوجود خلافات بين والديها ، وسمعت أمها تهدد بترك المنزل ، وخشيت أن تنفذ الأم تهديدها وهي في المدرسة ، فلا تأخذها معها .

والخلافات بين الوالدين تساهم في نشأة المشاكل عند أطفالهما لأنها تدل على أن الأب والأم غير سعيدين وغير آمنين ، فلا يستطيعان تحقيق السعادة والأمن لأطفالهما ، لأن فاقده الشيء لا يعطيه .

٧ - إثارة المنافسة بين الأبناء : وتفضيل أحدهم على الآخرين ( إما بسبب الجنس أو السن أو الحالة الصحية أو السلوك ) ، وعقد المقارنات بينهم يولد الغيرة . فقد وجد عندما يشيع في جو الأسرة الخوف والغيرة تكثر مشكلات الأطفال ويسوء توافقهم ( Kauffman , 1981 ) .

٨ - طموحات الآباء الزائدة من أطفالهم : يجعلهم يطالبونهم بأعمال قد تفوق قدراتهم ، ولا يراعون الفروق الفردية بينهم ، ويضعون أهدافاً يعجز الأبناء عن تحقيقها ، فيشعرون بالفشل والاحباط والصراع والقلق ، ويلجأون إلى الحيل النفسية ، التي تستنفذ جزءاً من طاقاتهم ، فيسوء أداؤهم في المدرسة ، ويشعرون بالاحباط من جديد .

وشعور الطفل بالأحباط المستمر أو بالصراع لمدة طويلة ، يجعله غير سعيد غاضباً عدوانياً مشاكساً كثير التقد . فإذا حث الأب ابنه على تحقيق المرتبة الأولى على فصله ، ولم يستطع الابن تحقيق ذلك لأن قدراته العقلية متوسطة ، أو لأن في الفصل من هو أذكى منه ، شعر بالأحباط - حتى ولو كان ناجحاً في جميع المواد - لأنه لم يحقق أمل أبيه فيه ، وبالتالي يشعر بالذونية ، ويحبط من قدر نفسه ، ويشعر بعدم التقبل في الأسرة . وجميعها مشاعر سيئة قد تؤدي إلى سوء توافق الطفل في البيت والمدرسة . وتسمى عنده الاستعدادات للتوافق السيء في مراحل حياته التالية .

٩ - المخرفات الآباء وعادتهم السلوكية السيئة : لها تأثير سيء على نمو أبنائهم ، وقد تؤدي إلى خلل فسيولوجي أو بيولوجي في نمو الطفل وهو جنين في بطن أمه : فإدمان الأب والأم أثناء الحمل على المخدرات والكحوليات من العوامل التي تعوق نمو الجنين النفسي والجسمي ، وقد يولد ناقص النمو مشوهاً أو متخلفاً عقلياً أو يعاني من الصرع ( مرسى ، ١٩٨٠ ) .

وقد يؤدي التعود على التدخين عند الوالدين أو أحدهما إلى تعلم أطفالهما هذه العادات السيئة بالتقليد والتدعيم والتأييد من آباءهم ، الذين لا يتورعون عن ممارسة انحرافاتهم أملم أبنائهم ، ويُقدّمون لهم القدوة السيئة ، ولا يستطيعون منع صغارهم من تقليدهم وهم - أي الآباء - يأتونها .

والأدلة على علاقة انحرافات الآباء بانحرافات أبنائهم كثيرة ، نستمد بعضها من الدراسات على الجامحين والسيكوباتيين ، فقد وجد أوليل وزملاؤه O'Neal et al. أن نسبة كبيرة من آباء السيكوباتيين مدمنون على الكحوليات ، ووجد تاهكا من ٣٠ ٪ إلى ٣٥ ٪ من مدمني الكحوليات مدمنون عليها كأبائهم ، ( Roussel et al., 1971 ) ، ووجد هرمي أن نسبة الانحرافات السلوكية في أسر الأحداث الجامحين أعلى منها في أسر غير الجامحين في كثير من الدراسات التي أجريت في مصر والكويت والعراق ولبنان والمغرب ( مرسى ، ١٩٧٨ ) .

#### رابعاً : العوامل المدرسية :

لا يقل تأثير الخبرات المؤلمة في المدرسة عن تأثير الخبرات المؤلمة في البيت ، على تنمية الاستعدادات السلوكية للتوافق السوء عند الأطفال ، وفي نشأة مشكلات الطفولة وتطورها ( مرسي ١٩٧٨ ، ١٩٨٢ ) . فتأثير المدرسين والمدرسات على نمو الشخصية عند أطفال الروضة والابتدائي كبير ، خاصة بعد أن أصبحت المدرسة تعني بالطفل - جسماً ونفسياً واجتماعياً وروحياً - وأصبحت مصدراً لإشباع كثير من حاجاته العضوية وغير العضوية . فإذا لم توفر له الظروف التي يشبع فيها هذه الحاجات ، شعر بالإحباط والصراع والقلق ، ولجأ إلى الحيل النفسية الدفاعية التي منها المشاغبة والتخريب والمهروب والعنوان والتدخين وغيرها .

واضطراب علاقة الطفل بالمدرس لا تقل أهمية عن اضطراب علاقته بأبيه في نشأة مشكلات الطفولة ونموها . ومن أسباب اضطراب علاقة الطفل بمدرسه أو مدرسته : قسوة المدرس ( أو المدرسة ) 'وجفاؤه ، وتحقيره للطفل وإهانته أو إهماله ، ومقارنته غير العادلة بين التلاميذ ، وتفضيل تلميذ على آخر ، مما يجعل التلميذ يشعر بعدم الثقة في نفسه وفي البيئة المدرسية ، ويشعر بعدم التقبل ، فيفشل في إشباع حاجاته للأمن والحب والتقدير والاستحسان والتفوق ، ويشعر بالإحباط .

كما يؤثر المدرس على الطفل في المواقف الاختبارية التي تعتبر من أهم المواقف التي يواجهها الطفل في المدرسة ، لأن فيها يحكم - أي المدرس - على أداؤه « حسناً أم سيئاً » ، « مقبولاً أو غير مقبول » ، وفشله في الحصول على استحسان مدرسه ورضاه عن أداؤه ، يشعره بعدم الكفاءة والعجز والدونية ، ويُضعف مكانته الاجتماعية في الفصل ، خاصة إذا أصدر المدرس حكمه بالسوء وعدم الفلاح في الدراسة على مسمع من زملائه في الفصل .

ويرى ساراسون وماندلر أن هذا الحكم القاسي من المدرس يؤلم الطفل ويثر فيه مشاعر العداوة نحو المدرس ، لكنه يكبت هذه المشاعر ، ويظهر بدلاً منها القلق والانتكالية والشعور بالذنب . وهي أيضاً مشاعر مؤلمة ، تؤدي إلى سوء توافقه في الفصل ، وتُضعف تحصيله الدراسي ، وتزيد كراهيته للدراسة .

ولا يرجع ضعف الطفل في التحصيل في هذه الحالة إلى نقص في ذكائه بقدر ما يرجع إلى سوء علاقته بمدرسه ، وضعف ثقته في نفسه ، وشعوره بالخوف من تكرار فشله ، وانشغاله بهذا الخوف عن الإجابة على أسئلة الاختبارات ( Sarason et al, 1960 ) .

كما تدل الدراسات على أن التلاميذ أصحاب المشكلات في المدرسة بطيئون التعلم ، يعانون من مشاكل سلوكية أخرى ، مثل العدوانية والانسحابية والكذب والسرقة ، والتدخين ومص الإبر ، واضطراب النوم ، وصعوبات النطق . وترجع هذه المشكلات إلى أنهم غير سعداء بحياتهم المدرسية ، بسبب ما يتعرضون له من إحباط في المواقف المدرسية ، مما قد يجعلهم يهربون من المدرسة ، ويظهرون الجناح والانحرافات السلوكية . فالخبرات المؤلمة في المدرسة إما أن تساهم في نشأة مشكلات عند التلاميذ ، أو تساهم في تنمية المشكلات التي نشأت من الخبرات الأسرية المؤلمة .

### تعدد عوامل المشكلات :

نعود إلى ما ذكرناه سابقاً من أن مشكلات الطفولة متعددة الأسباب وليس لأى منها سبب واحد ، ولا يعني تقسيمنا لها إلى أربعة أنواع أن كل مجموعة من الأسباب تعمل في معزل عن المجموعات الأخرى ، لأن العوامل تعمل كلها وتتفاعل معاً .

ومع هذا فمن خلال دراستنا لكثير من الأطفال المشكلين لمسنا أن نسبة كبيرة من مشاكلهم ترجع إلى عوامل نفسية ، تمتها أخطاء الوالدين والمدرسين في تربية هؤلاء الأطفال ، وفشلهم - أى الآباء والمدرسين - في مساعدة أبنائهم وتلاميذهم على إشباع حاجاتهم الأساسية ، مما عرضهم للإحباط والصراع والقلق ، وهي مشاعر مؤلمة تساهم في نشأة مشاكل الأطفال .

### علاج مشكلات الطفولة

يعتبر تشخيص مشكلة الطفل الخطوة الأولى في علاجها ، فإذا تم تحديدها وتحديد مستواها ، ومعرفة عوامل نشأتها وتطورها أمكن علاجها .

ويقصد بالعلاج جهود منظمة يقوم بها أو يشرف عليها متخصصون في مجالات العلاج - الطبية والنفسية والاجتماعية - وتهدف إلى تخليص الطفل من أسباب مشكلاته ، وإزالة أعراضها ، وتحسين ظروفه الأسرية والمدرسية ، مما يسر له الحياة الآمنة ، ويمكنه من إطلاق طاقاته الجسمية والنفسية في تنمية شخصيته وبناء مستقبله ، ويجعله يستمتع بحياته ويشعر بالسعادة والكفاءة .

ويستخدم في علاج مشكلات الطفولة نوعان رئيسيان من العلاج هما العلاج الطبي والعلاج النفسي . وتتأول كيفية استخدامهما مع الأطفال أصحاب المشكلات .

### العلاج الطبي :

يهدف العلاج الطبي إلى علاج الأسباب الجسمية : الفسيولوجية والبيولوجية ، التي قد يكون لها علاقة بمشكلات الطفل . ومن الملاحظ أن المشكلات التي لها أسباب عضوية تشفى بسرعة بعد علاجها طبياً بمعرفة أخصائي الأطفال .

لكن الحاجة إلى العلاج الطبي ليست كبيرة في علاج مشكلات الأطفال ، لأن معظم أسبابها ترجع إلى عوامل نفسية واجتماعية أكثر منها عوامل جسمية . ومع هذا فإن الأخصائي لا يستهين بالعوامل الجسمية ، ولا يبدأ في علاج مشكلة الطفل على أساس أنها مشكلة نفسية أو اجتماعية إلا بعد فحص الطفل طبياً والتأكد من سلامته جسدياً .

### العلاج النفسي :

يقصد به جهود منظمة يقوم بها أو يشرف عليها أخصائي نفسي ، وتهدف إلى مساعدة الطفل على التخلص من العوامل النفسية التي لها علاقة بمشكلاته ، والتخلص من توتراته وصراعاته واحباطاته وقلقه ، وتعديل أساليب توافقاته المباشرة وغير المباشرة .

كما يعمل على تحسين مفهوم الطفل عن ذاته وعن الآخرين ، حتى يثق في نفسه وفي البيئة من حوله ، وتدعيم هذه الثقة عن طريق تحسين ظروفه الأسرية والاجتماعية ، وتشجيعه على إطلاق طاقاته الجسمية والنفسية في تنمية شخصيته ،

وبناء مستقبله بالتعلم والتعليم والتدريب وإكساب الخبرات ، التي تشعره بالكفاءة والتقدير والسعادة ، وتجعله يستمتع بالحياة .

ويعتمد نجاح العلاج النفسي مع الأطفال أصحاب المشكلات على الآتي :-

( أ ) اكتشاف المشكلة في بدايتها يساعد على علاجها بسهولة وفي مدة قصيرة ، أما التأخر في اكتشافها يجعلها مشكلة مزمنة معقدة ، تحتاج إلى وقت طويل في العلاج ، وترك بصمات سيئة على شخصيته ومستقبله .

(ب) تعاون الوالدين والمدرسين مع الأخصائي النفسي المعالج ، وثقتهم فيه ، وصراحتهم معه ، وتجاوبهم مع توجيهاته وإرشاداته ، والتزامهم بمسؤولياتهم في العلاج . فالوالدان والمدرسون - أو من يقوم مقامهم من الراشدين من أهم عوامل نجاح علاج المشكلة . إذ بدون تعاونهم وثقتهم وتجاوبهم ، يطول العلاج وقد لا ينجح .

(ج) رغبة الطفل في العلاج وثقته في الأخصائي النفسي ، وتعاونه معه ، وتجاوبه مع توجيهاته وإرشاداته ، يساعد على علاج مشكلته في مدة قصيرة ، أما مقاومة الطفل للأخصائي وعدم ثقته فيه يؤخر العلاج .

(د) نوع المشكلة التي يعاني منها الطفل ومدى شدتها فالمشكلات الخفيفة تعالج بسرعة من خلال عمليات الإرشاد والتوجيه للطفل وأسرته ومدرسيه ، أما المشكلات المزمنة المعقدة فتحتاج إلى علاج نفسي متعمق ، ويستغرق علاجها وقتاً طويلاً .

(هـ) كفاءة الأخصائي النفسي في تشخيص المشكلة ، وتحديد عوامل نشأتها وتطورها ، وحسنة الإكلينيكي في التعامل مع الأطفال وأولياء أمورهم ، وخبراته وتأهيله العلمي والمهني . فالأخصائي المؤهل علمياً ، المدرب مهنيًا الملتزم أخلاقياً ، ينجح في علاج كثير من الحالات .

ومن الملاحظ أن معظم مشكلات الأطفال التي لم تصل في حداثتها إلى مستوى الاضطراب النفسي أو الاضطراب العقلي ؛ لا تحتاج إلى العلاج النفسي المتعمق <sup>(١)</sup> وتتجاوب مع العلاج النفسي على مستوى الإرشاد والتوجيه النفسي للطفل والوالديه ومدرسيه وغيرهم من الراشدين المؤثرين في حياته .

(١) تقصد بالعلاج النفسي المتعمق التحليل النفسي وغيره من أساليب العلاج التي تستخدم في علاج النعان والصعاب وقد أشرنا إليها في الفصل الرابع .

ومن أهم أساليب العلاج النفسي التي تستخدم في علاج الأطفال أصحاب المشكلات : الإرشاد والتوجيه النفسي ، والعلاج باللعب ، والعلاج بالعمل ، والعلاج السلوكي ، والعلاج الأسري ، والعلاج اليعيشي ، والعلاج الديني ، وقد سبق لنا التعريف بهذه الأساليب العلاجية في الفصل الرابع ، وسوف نبين كيف تستخدم في علاج بعض مشكلات الطفولة فيما بعد .

### مسئوليات المدرس نحو الطفل صاحب المشكلة :

يتفاعل المدرس مع تلاميذ فصله وجهاً لوجه يومياً ، ويقوم سلوكهم ومشاعرهم في مواقف كثيرة ، ويستطيع اكتشاف التلميذ الذي يختلف عن التلاميذ العاديين في سلوكه ومشاعره ، كما أن له تأثيراً على هذا التلميذ ، لأنه يوجهه ويتابعه ، ويحرص التلميذ على كسب رضاه ، والدخول في دائرة إهتمامه ورعايته . ويترتب على ذلك واجبات على المدرس من أهمها :-

١ - الكشف المبكر عن التلميذ سوء التوافق بالبحث عن التلميذ الكسول أو الخجول ، أو القلق أو المنطوى أو الملواني أو المشاغب ، أو كثير السرحان أو الذي ليس له أصحاب .

٢ - الاهتمام بهذا التلميذ وتكوين علاقة خاصة معه ، تُشعره بالتقبل والحب ، وتقربه منه نفسياً .

٣ - تشجيعه على النجاح في التحصيل الدراسي ، لأن ضعف التلميذ في الدراسة إما أن ينشئ عنده مشكلات ، أو يساعد على تضخيم المشكلات التي عنده . فقد تبين أن الدراسة والامتحانات مصدر إحباط وصراع وقلق عند معظم الأطفال في سن من ٧ - ١١ سنة ( Rubin & Balow, 1978 ) .

٤ - تشجيعه على تنمية مواهبه في النشاطات المدرسية حتى يشعر بالكفاءة والتقدير .

٥ - مساعدته على تذليل الصعوبات التي تواجهه في البيت والمدرسة بالتعاون مع الأخصائي الاجتماعي والأسرة .

٦ - إذا لم يتجلبب التلميذ مع هذه الجهود ، فمن الأفضل تحويله إلى الأخصائي النفسي والتعاون معه في دراسة الحالة والتشخيص والعلاج والمتابعة .

## بعض مشكلات الأطفال

سوف نتناول فيما يلي بعض المشكلات التي تعتقد أنها مهمة بالنسبة للآباء والمدرسين فنيين أعراض كل مشكلة وأسبابها ، وأساليب الوقاية والعلاج التي يمكن إتباعها في البيت والمدرسة . وسوف نتناول مشكلات المخاوف المرضية ، وفوبيا المدرسة ، والغيرة ، والتبول اللاإرادي .

### المخاوف المرضية

الخوف المرضي أو الفوبيا حالة نفسية إنفعالية ، تتضمن خوفاً مفرطاً من أشياء أو مواقف أو أشخاص ليس له ما يبرره في الواقع ، وهذا ما يجعله خوفاً غير معقول .

ومن الملاحظ أن الشخص الخوف Phobic Person مهموم قلق ، يصرف طاقاته النفسية والجسمية في تجنب الأشياء والمواقف التي تخيفه بشتى الوسائل ، وإذا اضطّر لمواجهة هذه المواقف انتابه الملح والفرع ، وشعر بالعجز ، وظهرت عليه أعراض مرضية نفسجسمية Psychosomatic Symptoms ، منها القيء والإسهال والعرق ، واضطراب التنفس ، وسرعة ضربات القلب ، وارتفاع ضغط الدم ، والتبول اللاإرادي ، وتقلصات الأحشاء الداخلية ، والشلل المستعري ، وفقدان القدرة على السمع أو الإبصار أو النطق ، وغيرها من الأساليب التوافقية غير السوية .

ولكي نفهم مشكلة « الخوف المرضي » نتوقف قليلاً أمام انفعال الخوف ، لنبين نشأته وعوامل نموه عند الصغار ، لأن الفرق بين الشخص الخوف والشخص العادي فرق في درجة الخوف ، إذ يظهر الأول الخوف الزائد في مواقف كثيرة ، ومن أشياء قد لا تسبب الخوف لمعظم الأشخاص ، أو يبالغ في الخوف من الأشياء التي يخاف منها غيره .

#### انفعال الخوف :

الشعور بالخوف انفعال له أساس فطري ، زود الله به الإنسان لكي يفر من الأخطار ، ويحمي نفسه من كل ما يهددها . فنحن جميعاً نخاف في المواقف التي ندرك فيها تهديد لحياتنا ، أو نتوقع أن يكون فيها ما يهدد أمننا واستقرارنا .



فالحوف كما قال الإمام الغزالي صفة حميدة ، يجعل الإنسان يفر من كل ما يؤذيه ، ليحمي نفسه ويحافظ على حياته .

وللخوف العادى أشكال كثيرة تفيد في تربية الإنسان وفي تنظيم حياته .  
من هذه المخاوف المفيدة :

١ - الخوف من المرض : يجعلنا نختار من انتقال العدوى إلينا ، ونبتعد عن القاذورات ، ونتحصن ضد الأمراض ، ونأخذ بأساليب الوقاية والسلامة .

٢ - الخوف من الرسوب في الاختبارات : يجعلنا نجتد في الدراسة والتحصيل والبحث .

٣ - الخوف من القشل في المسابقات والمنافسات : يجعلنا نجتهد في اكتساب الخبرات التي تمكننا من الفوز والنجاح في هذه المسابقات .

٤ - الخوف من سخط الوالدين ، والرؤساء في العمل والمدرسين والأصدقاء : يجعلنا نعمل ما يرضيهم ، ونحميهم من غضبهم .

٥ - الخوف من غضب الله : (١) يجعلنا نعمل صالحاً يرضاه ، ويقربنا إليه .

٦ - الخوف من الحيوانات والأشياء والمواقف المؤذية : يجعلنا نتجنبها ونفر منها ، ونتقصد عنها .

---

(١) ميز الإمام الغزالي - رحمه الله - بين نوعين من الخوف العادى :

١ - خوف من الله : وهو خوف مقرون بالطمع والرجاء في رحمة الله ، وهو صفة حميدة ، يجب أن يتحل بها كل مسلم ، لأنها تدفعه إلى العمل الصالح في الدنيا ، فيتم بالسعادة في الدنيا والآخرة .

٢ - وخوف من الأشياء المؤذية : وهو خوف مقرون بالفرار من هذه الأشياء ، وهو صفة حميدة أيضاً .

ويتفق هذا التمييز بين نوعي الخوف مع تمييز أبي القاسم الحكيم الذي ميز بينهما على أساس الاندفاع والاحجام : فالإنسان في الخوف من الله يقبل عليه ، ويتقرب منه بالعمل الصالح ، لأنه يشعر وهو قريب من الله بالأمن والطمأنينة . أما في الخوف من الأشياء المؤذية فإن الإنسان يهرب منها ويبتعد عنها . وكلما بعد عنها شعر بالأمن . لمزيد من المعلومات يرجع إلى : الغزالي . إحياء علوم الدين . ج ٤ ص ١٥٢ .

٧ - الخوف من العقاب : يجعلنا نتبعد عن السلوكيات التي نجعلنا تحت طائلة العقاب ، ونقبل على الأعمال التي تبعدنا عنه .

ويسعى الإنسان عادة إلى تخفيف مشاعر الخوف بالابتعاد عما يثيرها في نفسه . ومع هذا نجد بعض الأشخاص يستمتعون بإثارة هذه المشاعر في نفوسهم ، فيقبلون على قراءة القصص المخيفة ، وسماع حكايات الرعب ، ومشاهدة أفلام العنف بالرغم من كونها تثير شعور الملح والفرع .

### كيف تنشأ المخاوف ؟

يرى كثير من علماء النفس أن الإنسان يولد مزوداً ببعض المخاوف القليلة ، من أهمها الخوف من السقوط والأصوات العالية ، أما مخوفه الأخرى - وهي كثيرة - فيتعلمها من البيئة التي يعيش فيها ، وينشأ في أحضانها ، فالشخص الذي يترف ويترعرع في بيئة تنمي فيه الخوف من أشياء كثيرة ، ينشأ جباناً كثير المخاوف ، أما الشخص الذي يترعرع في بيئة لا تنمي فيه هذا الخوف ، ينشأ شجاعاً قليل المخاوف .

وعادة يخاف الطفل في السنة الأولى من عمره من السقوط والأصوات العالية المفاجئة ، وفي السنة الثانية يخاف من الوحدة ، ومن الأشخاص غير المألوفين ومن الأشياء التي تسبب له الألم مثل : النار والسقوط والضوضاء . ويخاف في سن من ٢ - ٥ سنوات من الوحدة والظلام والنار وبعض الحيوانات والأشخاص ، ومن الأشياء الخيالية الخرافية مثل : الأشباح والعفاريت والبعبع والفول وأبو الحية وأبو رجل مسلوخة وغيرها .

وفي سن السادسة يبدأ خوفه من الفشل ، ومن فقدان المركز الاجتماعي ، ومن المفاجآت غير السارة . فمن دراسة جيرزيلد Jersild وزملائه على ٣٩٨ طفلاً في سن ما بين ٥ - ١٢ سنة ؛ تبين أن ١٩ ٪ منهم يخافون من الأشباح والجن والسحر ، و ١٥ ٪ يخافون من الأماكن المظلمة ، و ١٤ ٪ يخافون من عض الحيوانات ، ١٣ ٪ يخافون السقوط والمرض والحوادث والعمليات الجراحية ( Books , 1973 ) .

وتصنف عادة الأشياء التي تثير الخوف عند الأطفال إلى الآتي :

١ - أشياء مؤذية : مثل التعالين والحیوانات المفترسة والنار والسقوط تحت السيارات والعقاب والعمليات الجراحية وغيرها .

٢ - أشياء يعرفون الأذى منها : مثل ركوب الطائرة أو البأخرة أو الأماكن المرتفعة أو المزدحمة أو المغلقة أو الظلام أو الشرطي أو الطبيب أو الصراصير والخنافس وغيرها .

٣ - أشياء غير ملموسة : لا يعرفون حقيقتها ، ويتهمون فيها الأذى مثل الأشباح والغيلريت والجن والسحر . ويتعلم الأطفال الخوف من هذه الأشياء بعدة طرق منها : التعلم الشرطي أو الملاحظة والتقليد ، أو تخويف الكبار من هذه الأشياء ، أو قص القصص الخيفة عنها .

فالطفل لا يولد وعنده الخوف من الكلاب مثلاً ، فإذا صادف كلباً لطيفاً ولعب معه ولم يؤذيه ، أحبه وأحب الكلاب الأخرى ، أما إذا صادف كلباً شرساً عضه أو أزعجه ، خاف من الكلب ، وعمم خوفه على الكلاب وغيرها من الحيوانات . وقد يخاف الطفل من الكلاب إذا خوفه والداه منها ، أو قصا عليه قصصاً عن الكلب المفترس . (١) .

وقد تنتقل مخاوف الآباء إلى الأبناء عن طريق التقليد ، فقد يشاهد الطفل أمه تخاف من الصرصار ، فيتعلم الخوف منه بالتقليد ، وينصيه ما يصيبها من هلع وفرع عند رؤية الحشرة الصغيرة .

وتعلم الطفل الخوف ليس مشكلة إذا كانت الأشياء والمواقف التي يخاف منها مؤذية ، أو يحتمل أن تسبب له الأذى ، وكان شعوره بالخوف منها مناسباً لسنه . فابن السابعة مثلاً قد يخاف من القطط والكلاب والظلام والفران ، ونعتبر

---

(١) مما يؤسف له أن بعض الآباء والأمهات والمدرسين والمدرسات والمربيات في البيوت ، يستغلون خوف الطفل من شيء معين في إثارة الفرع والرهب في نفسه ، إما للتسلية ( فكلمنا صرخ الصغير خوفاً ورعباً ، ضحك الكبير فرحاً وطرباً ) أو لدفع الطفل لعمل ما ، أو لاجباره على الطاعة والانضام بالنظام . فقد تقول الأم لطفلها إذا لم تنم سوف يأتي الكلب المفترس ويأكلك ، أو إذا لم تأكل سوف أنادي الطبيب ليعطيك الحقنة أو إذا لم تكف عن الشيطنة سوف يأخذك الشرطي ويذبحك .. وهكذا يُصدق الصغير هذه التهديدات ، ويستجيب لأمره أو مريته أو مدرسته ، وهو يتألم من الخوف الذي يكاد يفرط كيد .

خوفه عادياً إذا أظهر عدم حبه لهذه الحيوانات ، وعدم ارتياحه لوجودها قريباً منه . أما إذا بالغ في الخوف ، وأظهر الفزع والرعب لمجرد سماعه عنها ، أو رؤية صورها ، أو إذا صرخ وانهار عند رؤيتها ، أو إذا انشغل باحتمال أن تقابله في الطريق وتؤذيه ، في هذه الحالات يصبح خوفه مرضياً مبالغاً فيه ليس له ما يبرره .

والخوف المرضية عند الصغار والكبار كثيرة<sup>(١)</sup> منها : الخوف من الظلام . أو الأماكن المغلقة أو المرتفعة ، ومن الحيوانات أو الحشرات ، ومن المدرسة أو غيرها .

وإذا لم تعالج هذه المخاوف في الصغر تستمر مع الشخص مدى الحياة<sup>(٢)</sup> ويصعب عليه التخلص منها في المراهقة والرشد - بالرغم من إدراكه عدم معقولية خوفه منها - ويصرف الكثير من تفكيره وطاقاته النفسية والجسمية في الابتعاد والهرب منها ، وتجنب الاقتراب من الأماكن التي توجد فيها . وإذا أجبره أحد على مواجهة الشيء الذي يخاف منه ، زادت مقاومته ضراوة وعنفاً ، وقد تنهار دفاعاته النفسية ، وتظهر الأعراض المرضية النفسجسمية ( السيكوسوماتية ) التي أشرنا إليها من قبل .

فالشخص الذي يعاني من فوبيا الحيوانات مثلاً يتجنب الحيوان الذي يخافه ويهرب منه ، وينشغل بالبحث عن أي شيء يملأ على وجوده ليتجنبه ، ويتعد عنه وهو حذر منه . وقد يرفض السفر أو الزيارات بسبب خوفه من هذا الحيوان .

وتشبه المخاوف المرضية عصاب القلق في الشعور بالخوف الزائد الذي ليس له مبرر ، وقد يصاحبها بعض الأعراض المرضية النفسجسمية ، لكن الفرق بينهما في ارتباط المخاوف المرضية بشيء معين أو موقف محدد ، ولا تظهر فيما عداها ،

(١) تنتشر المخاوف المرضية بين الإناث أكثر منها بين الذكور .

(٢) لا يقتصر وجود المخاوف المرضية على الأطفال فقط ، إذ نجد في حياتنا اليومية بعض المراهقين والراشدين يعانون من مخوف مرضية من الفئران أو الصراصير أو الخنافس وغيرها ، ويعسيهم الرعب والمزعج إذا شاعدها ويتجنبون رؤية صورها أو سماع أصواتها . وقد يغنى عليهم إذا أجبرناهم على الاقتراب منها .

وإذا سألت أي شخص من هؤلاء عن سبب خوفه من الفأر مثلاً وهو يعلم أنه حيوان جبان ، لن يقف أمامه ليؤذيه ، أجاب بأنه لا يدري ، المهم أنه يخاف من الفأر أكثر مما يخاف من أي حيوان مفترس . وإذا درسنا تاريخ حياة هذا الشخص وجدنا أن الفأر أو حيواناً أجراً يشبه الفأر ، أو موقعاً أو مكاناً له صلة بالفأر سبب له أذى في الطفولة ، ثم نسي ظروف تعلمه لهذا الخوف .

أما عصاب القلق فهو طليق منتشر ينصب على أى شيء ، ولا يستطيع الشخص تحديد مصدره ( شيلدون ، ١٩٨١ ) .

ويميز فرويد بين نوعين من المخوف المرضية : مخاوف مرضية شائعة : وهي خوف مبالغ فيه من أشياء ومواقف مؤذية ، فيها تهديد للشخص ، مثل الخوف من الأفاعي والحيوانات المفترسة وغيرها . ومخاوف مرضية محددة : وهي خوف مبالغ فيه من أشياء ومواقف لا تؤذى ، وليس فيها تهديد ، مثل الخوف من الحيوانات الأليفة ، والأماكن المغلقة ، والخوف من المدرسة وغيرها . ( شيلدون ، ١٩٨١ ) .

وطبقاً لنظرية فرويد في التحليل النفسي تنشأ القويما أو المخوف المرضية من رغبات غير مرغوب فيها ، كبها الطفل لينساها ، وعندما تقشل الأنا في كبها هذه الرغبات ، وتلج في الظهور ، تدرك الأنا التهديد ، وتشعر بالخوف الزائد من ظهورها ، ثم تسقط هذا الخوف على أى شيء مثل الماء أو القط أو الثعبان أو الحصان وغيرها . وتصبح هذه الأشياء مصدر خوف شديد بالنسبة له ، يسعى إلى تجنبها والهرب منها . وهنا تكون القويما - من وجهة نظر فرويد - وسيلة هروبية لحماية الشخص من الإفصاح عن رغباته المكبوتة ، أو الاعتراف بحقيقة مشاعره .

والمثال الكلاسيكي الذي ساقه فرويد سنة ١٩٠٩ للقويما المرضية حالة الطفل هانز ابن الخمس سنوات ، الذي كان يصاب بالرعب من الحصان ، ومن تحليل حالته توصل فرويد إلى أنه يعاني من رغبة ملحة لإيذاء أبيه ، وخاف من أن يعرف أبوه بهذه الرغبة ويعاقبه عليها ، فحاول كبها ، لكنه فشل وأبدل خوفه من أبيه بالخوف من الحصان .

وتحمل المخاوف المرضية - بحسب هذا التفسير - شيئاً من التناقض الوجداني ، فهانز كان في صراع بين حبه لأبيه وخوفه منه ، وحل هذا الصراع بصورة رمزية بإظهار الخوف من الحصان . ( Books , 1973 ) .

أما المدرسة السلوكية فتري أن المخوف المرضية مثل المخوف العادية يتعلمها الطفل عن طريق ربطه بين شعوره بالخوف الشديد في بعض المواقف وبعض الأشياء أو الحيوانات أو الأشخاص أو الموضوعات ، ثم ينسى كيف تم هذا الربط .

ورفض السلوكيون تفسر فرويد لحالة هانز ، وذهبوا إلى أن الطفل تعلم الخوف من الحصان من خلال ارتباط الحصان عنده بخبرات مؤلمة ، وليس للخوف من الحصان علاقة بحب الطفل أو كراهيته لأبيه .

وساق واطسون زعيم السلوكيين مثالا على تعلم الخوف من الحيوانات من تجربته على الطفل ألبرت ابن التسعة أشهر ، الذى لم يكن يخاف من الفئران البيضاء ثم علمه واطسون الخوف منها ، بأن قلم له الفأر الأبيض ، وقرع من خلفه قضيبين من الحديد ، فخاف الطفل من دويها العالي . وبتكرار العملية ربط الصغير بين الفأر والصوت المزعج ، وتعلم الخوف من الفأر ، ثم عمم خوفه وأصبح يخاف من كل الحيوانات ذات الفراء الأبيض .

ويلخص ولب ورتشمان Wolpe & Rachman خطوات تعلم الفوبيا في ثلاث خطوات :

١ - وجود ربط شرطي في الزمان والمكان بين مثير عادى ومثير للخوف .

٢ - تكرار الربط بين المثيرين يقوى استجابة الخوف من المثير العادى ، حتى يكتسب خاصية إثارة الخوف عند الشخص .

٣ - يحدث تعميم الخوف من المثير العادى على المثيرات الأخرى المماثلة . ( Kauffman, 1981 ) .

أما أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي فذهبوا إلى أن الأطفال الخوافين لا يتعلمون مخاوفهم بالربط الشرطي فحسب ، بل أيضاً عن طريق تقليد نماذج الخوف التى يشاهدونها في الآخرين ، فالطفل قد يتعلم الخوف بتقليد أمه أو أبيه أو مدرسه أو إخوانه وأصدقائه ، أو بتقليد المخوف التى يشاهدها في التلفزيون .

#### الوقاية من المخاوف المرضية :

بالرغم من اختلاف علماء النفس في تفسير نشأة المخاوف المرضية فإنهم متفقون على أنها استجابات متعلمة ، والوقاية منها وعلاجها ميسوران ، وذلك بمساعدة الأطفال على حل صراعاتهم ( عند علماء التحليل النفسي ) وإزالة التعلم

الخاطيء الذى قد تعرضوا له في البيت والمدرسة ( عند السلوكيين وأصحاب نظرية التعلم الاجتماعي ) . وتتلخص طرق الوقاية من المخاوف المرضية في الآتي :

١ - عدم تخويف الأطفال وعدم استغلال مخاوفهم في السيطرة عليهم وضبط سلوكهم .

٢ - تبصير الأطفال بالأشياء المؤذية ، وتوضيح ما فيها من تهديدات لحياتهم ، وبيان كيفية الحذر منها والبعد عنها ، حتى تكون استجاباتهم مناسبة لما فيها من أخطار .

٣ - تشجيع الطفل على الاعتماد على نفسه ، وتحمل المسؤولية حتى يعود على الجرأة والإقدام .

٤ - تدريب الآباء والأمهات أنفسهم على ضبط انفعالات الخوف عندهم ، لإخفاء مخاوفهم عن أطفالهم حتى لا يتعلموها بالملاحظة والتقليد .

٥ - تقليل قلق الأمهات على أطفالهن ، لأنه كلما كانت الأم قلقة أو خائفة على طفلها ، قلَّ قلق الطفل أيضاً وخاف على نفسه . فمثلاً بعض الأمهات إذا جرح ابنها جرحاً بسيطاً أرتبكت وانزعجت ، وأظهرت الخوف الزائد عليه ، وهى بانزعاجها وخوفها الزائد تخيف طفلها ، فبعد أن كان يشعر بألم بسيط محتمل ، يبالغ في الألم ، ويأخذ يصرخ ويتلوى . مثل هذا الطفل يكبر وتستمر معه شدة التأثير ، وسرعة الحساسية لأى ألم بسيط ، وقد يصاب بفوبيا المرض .

٦ - تقليل تحذير الآباء لأطفالهم أو تأنيبهم أو تحقيرهم وإهانتهم أو ضربهم ، لأن مثل هذه التصرفات من الآباء تضعف في أبنائهم الثقة بالنفس ، وتجعلهم هياين جبناء ، يشعرون بالتهديد والخوف من أشياء ومواقف كثيرة .

٧ - إذا حدث ما يزعج الطفل ويخيفه لا نتركه لينساه أو يتناساه ، لأنه قد لا ينساه ويستمر خوفه منه . ويمكن التقليل من هذا الخوف بمناقشة الطفل وتبصيره بالحدث بأسلوب يناسب فهمه وإدراكه ، ومساعدته على حل الصراعات التي قد تنشأ مثل هذه المواقف .

## علاج المخاوف المرضية :

إذا تعلم الطفل الخوف المرضي وأصبح طفلاً خَوْفًا ، فإنه لا يصلح معه الإيحاء المباشر ، بأن ما يخاف منه لا يسبب الأذى ، ولا يفيد تحقير مخاوفه ولا حثه للتغلب عليها ، إذ لا بد من العلاج النفسي الذى من أكثر طرقه شيوعاً في علاج القويما الآتى :

( أ ) العلاج بالاستبصار **Insight Therapy** : وهو نوع من العلاج النفسي المتعمق الذى يهدف إلى الكشف عن صراعات الطفل وتبصيره بها ، ومساعدته على حلها ، وتنمية ثقته بنفسه وبمن حوله ، وتعديل مفهومه عن ذاته ، وتعديل اتجاهاته نحو والده وإخوانه وأصدقائه ومدرسيه . ويضاف إلى تبصير الطفل تبصير الوالدين والمدرسين وكل من له علاقة بمخاوف الطفل حتى يساهموا في علاجها ، فعلاج الطفل يعتمد إلى حد كبير على تعاون والديه ومدرسيه .

(ب) العلاج السلوكي **Behavior Therapy** : ويهدف إلى تعديل السلوك **Behavior Modification** بإطفاء أو إضعاف استجابات الخوف عند الطفل الخوف ، وتقوية استجابات عدم الخوف من الأشياء أو الأشخاص أو الموضوعات التى تعلم الخوف منها . ويتبع في ذلك عدة طرق من أهمها :

١ - طريقة التخفيف المنظم للإحساس بالخوف : وتقوم على اقتراب الطفل من الأشياء التى يخافها بالتدريج إما في مواقف حقيقية ، أو في مواقف بأفلام سينائية أو تلفزيونية . ويتم تقريب الطفل من هذه الأشياء وهو مستريح وفي حالة نفسية طيبة ، فيتعلم أن يكون مسترخياً غير خائف في حضور هذه الأشياء ، وبذا تم عملية تشريط عكسي **Counter Conditioning** تجعل الموقف الخفيف موقفاً ممتعاً غير مؤلم ، فتتغير استجابة الطفل من الخوف إلى الأمن والطمأنينة ، وترتبط استجابة الارتياح بالشئ الذى كان مخيفاً ، فيزول عنه الخوف منه .

٢ - طريقة تقليد نماذج الشجاعة **Technique of brave models** : استخدمها باندورا وزملاؤه في علاج مخاوف الأطفال ، وتقوم على أساس وقاية الطفل الخوف من مشاهدة استجابات الخوف عند الآخرين ، وتشجيعه على مشاهدة الآخرين وهم يتعاملون مع ما يخفيه بلون خوف ، حيث يعرض على الطفل أفلام كرتونية ، ثم أفلام سينائية ، فيها الشئ الذى يخاف منه والأطفال



الآخرون يشاهدونه وهم فرحون مسرورون ، فيقلدوهم هو في سلوك الشجاعة ويتخلل عن مخوفه من هذا الشيء ، ويقبل عليه بارتياح شأن غيره من الأطفال فيزول عنه الخوف منه .

### فوبيا المدرسة

تعتبر فوبيا المدرسة School Phobias من أكثر المخاوف المرضية شيوعاً عند تلاميذ المدارس الابتدائية ، إذ أشارت الدراسات إلى أن حوالي ٢ ٪ من الأطفال في سن من : ٦ - ١٠ سنوات يعانون من هذه المشكلة ، وهي عند الإناث أعلى منها عند الذكور ( Millman, et al., 1981 ) ، وعند الأطفال الجلد في الروضة والإبتدائي أعلى منها عند الأطفال القدامى .

وتظهر مشكلة الأطفال الخوافين من المدرسة School Phobic Children عادة عند إلتحاقهم بالمدرسة لأول مرة ، ومع هذا فقد يلتحق بعضهم بالمدرسة الإبتدائية بدون مخاوف ، ثم تظهر عليه أعراض فوبيا المدرسة بعد انتظامه في الدراسة عدة سنوات .

ويشارك الطفل الخواف من المدرسة مع الطفل العادي الذي يخاف خوفاً عادياً من المدرسة في عدم الرغبة في الذهاب إلى المدرسة في الصباح ، لكنهما يختلفان في أن خوف الأول من المدرسة خوف زائد ليس له ما يبرره ، ينتشر على أشياء كثيرة في المدرسة ، وتصاحبه أعراض جسدية ونفسية كثيرة ، أما خوف الثاني فهو رد فعل مناسب لخطر حقيقي يخيف الطفل في المدرسة ، فإذا أزيل هذا الخطر ، أطمأن قلبه وعاد إلى المدرسة مباشرة بدون مشاكل<sup>(١)</sup> .

والطفل الخواف يشبه الطفل الهارب من المدرسة في ترك المدرسة وعدم الاستقرار فيها ، لكنهما يختلفان في الهدف من هذا السلوك ، فالخواف يترك المدرسة لكي يتخلص من الأعراض النفسية والجسمية المؤلمة التي يعانيها أثناء وجوده فيها ، وإذا تركها عاد إلى منزله مباشرة ، أما الهارب فهو لا يعاني من آلام الخواف عندما يكون في المدرسة ، وعندما يتركها لا يعود إلى بيته عادة . ( McDonal & Sheperd, 1976 ) .

(١) يرفض بعض الأطفال الذهاب إلى المدرسة لأنه لم يعمل واجباته ، ويخاف من عقاب المدرس له على التقصير ، فإذا ساعدته على عمل الواجبات أو طمأنته أن المدرس لن يعاقبه ، ذهب إلى المدرسة بدون مشاكل نفسية أو جسدية . فخوفه من المدرس له ما يبرره .

## أعراض فوبيا المدرسة :

إذا رفض الطفل الخوف الذهاب إلى المدرسة وتركته في البيت لا تظهر عليه أى أعراض مرضية ، أما إذا أجبرناه على الذهاب إليها قاوم وبكى بشدة ، وظهر عليه القلق والانعراج ، وشحب لونه ، وتصبب العرق منه ، وبردت أطرافه . وقد يعاني من القيء والإسهال والصداع ، وآلام البطن ، وتقلص العضلات والغثيان والتبول اللاإرادية ، وفقدان الشهية للأكل ، واضطراب النوم والأرق والكابوس ( McDonald & Sheperd ) . وهذه الأعراض الجسمية ليس لها سبباً عضوياً ، وتزول عادة بمجرد عودة الطفل إلى البيت ، حيث يشعر بالأمن والطمأنينة ، ويذهب عنه الخوف والانعراج .

ومن الدراسات التي أجريت على الأطفال الخوفان تبين أنهم يشبهون الأطفال العاديين في الذكاء والقدرات العقلية ، ويختلفون عنهم في كثير من جوانب الشخصية المزاجية والديناميكية . فقد وجد أن نسبة كبيرة منهم اتكاليون عنوانيون قلقون ، يميلون إلى الانسحاب والانعزال ، وغير ناضجين اجتماعياً ، ومتعلقون بأهليهم بدرجة كبيرة ، وقدراتهم على المبادأة والاعتماد على النفس وتحمل المسؤولية ضعيفة .

## نشأة فوبيا المدرسة :

فوبيا المدرسة كغيرها من أنواع المخاوف المرضية سلوك مكتسب ، يتعلمه الطفل خلال تنشئته في البيت والمدرسة . ومن الدراسات التي أجريت على الأطفال الخوفان من المدرسة أمكن تحديد بعض العوامل التي ساهمت بشكل مباشر أو غير مباشر في نشأة الفوبيا وتطورها عندهم . من هذه العوامل الآتي :

١ - الحماية الزائدة والتدليل : فقد تبين أن الأم التي تدلل طفلها ، وتوفر له الحماية الزائدة ، تمي فيه الاتكالية والاعتماد عليها في كل شيء ، مما يجعله يتعلق بها ، ولا يستطيع الابتعاد عنها ، ويشعر بالتهديد إذا أبعد عنها .

٢ - الخلافات الأسرية : فإحساس الطفل بوجود خلافات ومشاجرات بين والديه يجعله مهموماً خائفاً عليهما ، فإذا ترك البيت إلى المدرسة شعر بالقلق والانعراج لخوفه من أن يحدث شيئاً في البيت أثناء وجوده في المدرسة .

٣ - قلق الأم على طفلها : تعاني بعض الأمهات من القلق الزائد على طفلها ( خاصة إذا كان وحيداً أو كان الولد الوحيد ) . وعندما تنتقل مشاعر القلق عند الأم إلى الطفل بالتعلم ، يشعر الطفل بالقلق كلما ابتعد عن أمه ، ويشعر بالخوف من كل مكان لا تكون أمه معه ، فتظهر أعراض فوبيا المدرسة ، لأن المدرسة تبعده عن أمه التي يرغب في البقاء معها .

٤ - الخبرات المؤلمة في المدرسة : قد تواجه الطفل بعض الخبرات القاسية في المدرسة وتسبب له الفوبيا ، منها العقاب والتخويف والتحقير وكثرة الواجبات وغير ذلك .

#### تفسير التحليل النفسي :

يرى علماء التحليل النفسي أن فوبيا المدرسة تنشأ عن قلق الانفصال Anxiety Separation الذي يشعر به كل من الطفل وأمّه عند ذهاب الطفل إلى المدرسة . فالطفل المدلل يكون عادة متعلقاً بأمّه ، وأمّه متعلقة به ، ولا يستطيع أي منهما الابتعاد عن الآخر ، وبذا يصيبهما قلق الانفصال عندما يذهب الطفل إلى المدرسة ، لأن الطفل لا يرغب في ترك أمّه ويخاف من البعد عنها ، والأم لا ترغب في ترك ابنها وتخاف عليه في البعد عنها ، فتظهر أعراض فوبيا المدرسة عند الطفل التي تحير رمزاً لقلق الانفصال . ( MacDonal & Sheperd , 1976 ) .

#### تفسير السلوكية :

أشار واطسون إلى أن الطفل الخوّاف تعلم خوفه الزائد من المدرسة بالتشريط الكلاسيكي من خلال تعرضه للعقاب أو التخويف في المدرسة ، وتكرار هذه الخبرات المؤلمة في المدرسة ، يربط ربطاً شرطياً بين المدرسة وهذه الخبرات ، فتظهر الفوبيا من المدرسة .

أما زعماء السلوكية الحديثة ( وعلى رأسهم سكينر ) فيذهبون إلى أن الطفل لا يتعلم الخوف من المدرسة بالتشريط الكلاسيكي فقط ، بل أيضاً بالتشريط الاجرائي Operation Conditioning عن طريق تدعيم « الخوف من المدرسة »

عند الطفل في البيت والمدرسة. ونعقد للتعجب بالطفل إلى المدرسة ومقابل على تقبله في لقاء الوالدين (مثلاً: تدعيم السلبي) ، في حين نجد في البيت اللجب ومشاكلة الطقوس التي تدعيم الإيجابي (مثلاً: وقد يغيب الطفل عن المدرسة فيشعر بزيادة الاهتمام به والانتباه اليقيني اليه من قبل معلمة أو غيره من الأطفال) ، ولذا فإن علاج الطفل في البيت والمدرسة (تدعيم معلمي) ، وهو ما يخصص في الصفات إلى المدرسة مؤلفان والمقابل في البيت معطوياً فيشعر الطفل في الذهاب إلى المدرسة بتقليل الانفصال عن البيت ، ونشأ في المدرسة

### العلاج :

يتفق علماء النفس على ضرورة علاج حالة فوبيا المدرسة وإعادة الطفل إلى الدراسة ، قبل أن يؤدي غيابها عن المدرسة إلى تأخره دراسياً ، ولذا فإن علاج حالة الخوف من المدرسة من قبل الطفل لا يحلها إلا بتقليل الخوف من المدرسة والاعتماد على الخوف من المدرسة

وتستلزم معظم حالات فوبيا المدرسة عند الطفل العلاج بمرحلة إذا لم ينجح في بلانها ، حيث تكون حقيقته ، تسلياً بمرحلة التأهيل بين البيت والمدرسة ، أما إذا تأخر العلاج فإن مشكلة الطفل تتعقد ، وتصبح من الحالات الصعبة التي تتل على سوء التوافق ، ونحتاج إلى علاج نفسي متعمق ، وقد يستغرق علاجها مدة طويلة .

وبهذا علاج الطفل الخوف من المدرسة بقبول الأسباب التي يسببها ، ويعبر بها رفضه الذهاب إلى المدرسة ، ولا نعده إليها قسراً أو بالضرب أو بالخناوع والإغراء ، لأن المدرسة أصبحت بالنسبة له مكاناً مخيفاً يجب إبعاده عنه مؤقتاً ، حتى نعرف الأسباب الحقيقية لخوفه منها ونعالجها ، ثم نعده إلى المدرسة تدريجياً بالألعاب ، ونعتبر مشاعره نحو المدرسة ومدرسته وزملائه .

ويتبع في علاج حالات فوبيا المدرسة نفس الطرق العلاجية التي أشرنا إليها في علاج الخوف المرضية والتي تطبق على النحو الآتي :

١- طريقة العلاج بالاسترخاء : تقوم على فهم الطفل الخوف ، وتمييزه بفترة قصيرة ، وتعمل مفهومه عن نفسه ، وتصوره بمشاعره تجاه أمه ، وتصبر أمه بمشاعره نحوه ، ومساعدتها على علاج صراعاتها وقلقها على طفلها ،

وتشجيعها على تدريب طفلها الاعتماد على نفسه والاستقلال عنها ، وتبصير المدرسات بمشكلة الطفل لكي يعاملوه معاملة تشعره بالتقبل والاهتمام ، لتخفيف مخاوف وقلق الانفصال عنده ، فيشعر بالأمن والطمأنينة في المدرسة ، ويشعر أيضاً بالاطمئنان على أن بيته لن يحدث فيه سوء أثناء وجوده في المدرسة .

٢ - طريقة العلاج السلوكي : تقوم على تعديل سلوك الخوف من المدرسة بسلوك الاطمئنان والارتياح فيها . ويتبع في ذلك الآتي :

( أ ) التخفيف المنظم لمشاعر الخوف من المدرسة : يجعل الطفل يقبل على المدرسة ، بعد تدريبه على الاسترخاء والاطمئنان والاستمتاع أثناء وجوده فيها عن طريق تشجيعه على اللعب في المدرسة ، حتى يشعر بالراحة والأمن ، ويحدث التشريط العكسي ، فيحب المدرسة بدلاً من أن يكرهها ويخاف منها .

( ب ) جعل الذهاب إلى المدرسة مدهوماً ، وعدم الذهاب إليها غير مدهوم : يستخدم في ذلك طريقة سكنر في التعليم الإجرائي ، فيكافأ الطفل على كل سلوك يقربه من المدرسة ، ولا يكافأ على أى سلوك يبعده عنها .

ونبدأ عادة بمكافأته على الذهاب إلى المدرسة لفترات قصيرة ، ثم ندرج معه شيئاً فشيئاً حتى يستطيع البقاء يوماً كاملاً فيها مع عدم تحقير الطفل على فترات انقطاعه عن المدرسة ، وعدم تدعيم وجوده في البيت . ( Kauffman , 1981 ) .

ويراعى في العلاج السلوكي إقناع الطفل بالعودة إلى المدرسة بصحبة أمه لفترات قصيرة ، وتوفير النشاطات التي تتمتع ويحبها ، ثم نزيد فترة وجوده في المدرسة يوماً بعد يوم ، ونقلل مصاحبة أمه له ، ونزيد من ارتباطه بملبسيه ، حتى يألف المدرسة ويحبها ، ويستطيع البقاء فيها يوماً دراسياً كاملاً وهو مسترخٍ مطمئن بعيداً عن أمه .

وأثناء العلاج قد ينقطع الطفل عن قاعات الدرس ، وتفوته بعض الدروس ، علينا أن نعرضه إليها في البيت ، فنُكَلِّس له ما فاتته ، حتى يُحَصِّل ما حصله زملاؤه في الفصل . وبذا لا يجد صعوبة في التحصيل عند عودته إلى صفه بعد العلاج ، لأن الضعف في التحصيل خيرة مؤلمة ، قد تثير مخاوفه من جديد . فالطفل الخوف سريع التشريط ، يتعلم الخوف من المدرسة بسرعة عندما

يشعر بالخوف من العقاب أو التحقير أو الإهانة ، عندما يشعر بالعجز والفشل في فهم الدروس .

ولا بد أن يساهم الآباء والمدرسون في علاج الطفل الخوف ، وذلك بتحسين المناخ النفسي والاجتماعي في البيت والمدرسة ، حتى يشعر بالأمن والطمأنينة في علاقاته بمدرسيه وبوالديه ، ويجد التشجيع منهم على الدراسة والتحصيل .

وعلى المدرس مساعدة الطفل الخوف على تنمية قدراته وإشباع ميوله ، ولا يكثر عليه بالواجبات المنزلية ، ولا يؤنبه أو يحقره على أياها غيابه عن الفصل ، بل عليه أن يشعره بالتقبل والترحاب في كل يوم يحضر فيه إلى الفصل ، وفي كل حصة يراه فيها ، ويعمل على تقريبه إليه في فترات الراحة ، وبين الحصص ، ويرافقه إلى المطعم والنادي حتى يتق به ، ويحاول تلمس مواهبه ومحاسنه ويرزها . حتى يشعر الطفل بالارتياح في المدرسة ، ويقبل عليها ولا يحجم عنها ، ويتعلم حبها ويطنئ خوفه منها .

### الفيرة

الفيرة Jealousy انفعال مركب من الغضب والحقد والخوف ، وهي انفعال مكرر ، يشعر الشخص به عندما يدرك وجود من ينافسه على مركز أو مكانة أو منصب أو حب أو أي شيء آخر ، ويجد في حصول منافسه عليها حرماناً له منها أو تهديداً له بالحرمان من الحصول عليها .

والشعور بالفيرة موجود عند جميع الناس بدرجات متفاوتة<sup>(١)</sup> . فمن الناس من يشعر بالفيرة الخفيفة في بعض المواقف ، وسرعان ما يسيطر على غضبه وخاوفه وأحقاده ، ولا يشعر بتهديد تقدير الذات ، ولا تهتز ثقته بنفسه ، وتمر مشاعر الفيرة به وكأنها مهملة يحركه إلى النجاح والتفوق في مجالات غير المتنافس عليها ، أو يدفعه إلى العمل والاجتهاد لتحقيق النجاح مع منافسه .

---

(١) من المتوقع - في ضوء التوزيع الاعتنال للخصائص والسمات - أن يكون الشعور بالفيرة عند معظم الناس متوسطاً أو قريباً من المتوسط ، وعند فئة منهم دون المتوسط بكثير ، وعند فئة أخرى أعلا من المتوسط بكثير ، وهذه الفئة الأخيرة هي التي تعاني من مشكلة الفيرة الشديدة .

ومن الناس من يشعر بالغيرة الشديدة في بعض المواقف ، ويسيطر عليه الغضب والخوف والحقد ، ويدرك تهديد تقدير الذات ، ويشعر بالعجز واليأس ، وكلها مشاعر مؤلمة بغیضة ، تُسبب القلق والشعور بالذنب والدونية والعداوة ، وتُفسد علاقة الشخص بنفسه وبغيره ، وتؤدي إلى انعدام الصحة النفسية ، لأنها - أى الغيرة الشديدة - تدفع الشخص الذى يشعر بها إلى العدوان والانتقام من ينافسه ، أو تخريب واتلاف ما يُنافس عليه ، فإذا فشل في ذلك لجأ إلى الحيل النفسية الخداعية والمروية ، لتخفيف مشاعر القلق والدونية . من هذه الحيل الانسحاب والتكوص والإسقاط ، وتكوين رد الفعل العكسي . وقد يبلغ الشخص في استخدام هذه الحيل حتى تنهار دفاعاته النفسية ، وتظهر عليه أعراض الاضطرابات العصبية أو الأمراض السيكوسوماتية .

وعلى هذا لا يعتبر الشعور بالغيرة الخفيفة ضاراً بالصحة النفسية ، لأنه يدفع للعمل والنشاط واكتساب الخبرات ، وتحقيق النجاح والتفوق في مجال المنافسة أو في مجالات أخرى ، فغيرة الزوجة على زوجها - إذا كانت غيرة خفيفة - تدفعها لإظهار حبا له ، وزيادة الاهتمام به ، وغيرة الزوج على زوجته تجعله يحافظ عليها ، ويشعرها بمحربه عليها وحمائه لها ، فقليل من الغيرة مطلوب حتى تستقيم الحياة الزوجية .

أما الشعور بالغيرة الشديدة ، فهو شعور مؤلم يعذب صاحبه ، ويشقى من حوله ، ويفسد الحياة الاجتماعية ، ويقضي على الصحة النفسية . وتعتبر الغيرة الشديدة سبباً مباشراً لأمراض نفسية وجسمية واجتماعية كثيرة . فغيرة الطفل من أخيه الصغير - إذا كانت شديدة - تجعله ينتقم منه ، ويعتدى عليه وعلى والديه ، أو تجعله ينسحب وينطوى ، أو يتهب ويتعلم ، أو يتبول لا إرادياً ، أو يحص إبهامه أو يقضم أظافره ، أو يضطرب نومه ، أو يفقد شهيته للأكل ، أو تجعله سريع البكاء كثير الكذب . وغيرة الزوجة على زوجها - إذا كانت غيرة شديدة - قد تدفعها إلى العدوان عليه ، والشهيم به والانتقام منه ، فتفسد حياتها الزوجية بكثرة الشجار والخلافات التى قد تؤدي إلى الطلاق .

وقد تؤدي الغيرة الشديدة إلى ارتكاب الجرائم ، فقد أقدم موظف على إشعال النار بمخازن الشركة انتقاماً من زميله الذى فاز عليه ، وعين أميناً لهذه المخازن ، وأقدمت زوجة على قطع الجهاز التناسلي لزوجها انتقاماً منه بعد أن

علمت بعزيمه على الزواج ثانية ، وأقدم طفل في سن السابعة على قذف أخيه الصغير من النافذة بعد أن شعر بمنافسته له على حب والديه ، وأدرك تحول والديه إلى حب الصغير .

وقد تشتت الغيرة وتصبح مرضاً نفسياً يسمى « مرض الغيرة » من أعراضه الخوف من فقدان حب شخص آخر ، وتوهم وجود منافس في هذا الحب ، وتوقع الحرمان من المحبوب إن فارق . فالزوجة « المريضة بالغيرة » تستحوذ على زوجها ، وتستخلصه لنفسها ، فإن انصرف عنها لأى شيء شعرت بالغيرة ، وتشككت في سلوكه ، وتوهمت أنه ذاهب إلى امرأة غيرها ، وعاشت في غم وحزن وتوجس ، وشعرت بالغيرة من عمله وأصدقائه وأقاربه ، وأحياناً تغير من كتبه وأولاده لأنها تبغله عنها .

والطفل « المريض بالغيرة » يخاف من فقدان حب أمه ، فإذا انصرفت عنه إلى عملها أو إلى رعاية أحد إخوته أو إلى العناية بشؤون أبيه شعر بالغيرة ، واضطرب وتشكك في حبا له ، وتوهم أنه منبوذ في الأسرة ، وركبه الحزن والقلق . وقد يؤدي مرض الغيرة إلى فوبيا المدرسة ، فيرفض الطفل الذهاب إلى المدرسة لا لحوفه منها ، لكن لخوفه من أن يفقد حب أمه إن هو تركها وذهب إلى المدرسة .

ويدل « مرض الغيرة » على أنانية الشخص وحبه الزائد لنفسه ، ورغبته في الأخذ دون العطاء ، وحبه للتملك والسيطرة . فالمرأة « المريضة بالغيرة » أنانية تحب نفسها أكثر من زوجها الذى تغير عليه ، والطفل « المريض بالغيرة » متركز حول ذاته ، قلق ضعيف الثقة بنفسه ، وهذا ما يجعله يتوهم المنافسة ، ويتوهم الحرمان .

وقد ينشأ « مرض الغيرة » عن اسقاط الشخص لمشاعره الآتية ، أو أخطائه الشنيعة على محبوبه ، فيخاف من فقدان حبه له ، ويشعر بالغيرة الشديدة عليه . فقد يشعر الزوج أنه غير مخلص لزوجته ، ويشعر بالذنب والقلق لخيانته لها ، ويخاف من أن تتركه إن هي اكتشفت أمره ، ثم يتخلص من هذه المشاعر المؤلمة باسقاطها على زوجته ، فيتشكك في حبا ، ويخشى من تجليها مع منافسه المزعوم ، ويتوقع انصرافها عنه .



## الاستهداف للغيرة الشديدة :

يرجع الشعور بالغيرة الشديدة - في جزء كبير منه - إلى استعداد الشخص للغيرة (١) ، الذى يجعله أكثر من غيره استهدافاً للشعير بالغيرة Jealousy proneness ويجعله يدرك الحرمان أو التهديد بالحرمان في مواقف كثيرة ، ويجعله يغضب ويقلق ويحقد على أشخاص قد يكون بينه وبينهم منافسة حقيقية أو منافسة وهمية من صنع خياله هو - فقد تشعر الزوجة بالغيرة من زوجها ، وتغضب وتسب وتشتهر بكل امرأة تتحدث معه ، حتى ولو كانت هذه المرأة أمه أو أخته أو امرأة ليس له علاقة بها .

ويتكون الاستعداد للغيرة الشديدة من مجموعة من الاستعدادات النفسية ، أهمها الشعور بالنقص والاتكالية والقلق والشعور بالذنب والعداوة ، وجميعها استعدادات نفسية إذا تمت عند الشخص تجعله قليل الثقة بنفسه وبالآخرين ، سريع الغضب حقود ، يعتبر نجاح الآخرين فشلاً له ، فيسوؤه هذا النجاح ويحسداهم عليه .

وينمو الاستعداد للغيرة الشديدة في مرحلة الطفولة من خلال شعور الطفل بعدم الأمن والطمأنينة في علاقته بوالديه ومدرسه وغيرهم من الراشدين المهمين في حياته . ومن أهم عوامل عدم الأمن والطمأنينة شعور الطفل بتفضيل أحد الأطفال عليه ، وتكرار هذا التفضيل يجعله يشعر بالدونية وعدم الكفاية ، ويدرك عدم الأمن والطمأنينة وعدم التقبل ، وتتميز مكانته الاجتماعية في البيت والمدرسة ، وينمو عنده القلق والعداوة والاتكالية والشعور بالنقص ، ويكون أكثر استهدافاً للغيرة الشديدة في مراحل حياته التالية .

ومن الملاحظ أن الاستعداد للغيرة عند الإناث أعلى منه عند الذكور ، مما يجعل البنات أكثر استهدافاً للغيرة الشديدة من الأولاد . وقد أرجع فرويد هذا الفرق إلى عوامل بيولوجية فطرية تجعل البنت أكثر غيرة من الولد . فالبنت من

---

(١) لا تقصد بالاستعداد للغيرة تكوين فطرى وراثى للغيرة ، لكن تقصد به تكوين نفسى عصبي ينشأ من التفاعل بين العوامل الفطرية والعوامل البيئية ، ونمط هذا التكوين يرجع إلى عوامل بيئية أكثر من عوامل فطرية ، وهذا ما يجعلنا نحذر الغيرة في معظمها سلوكاً مكتسباً لأن البيئة هي التى تسمى الاستعداد للغيرة في الطفولة وهي التى تتبصر في مراحل العمر التالية .

وجهة نظره تشعر بالنقص من صغرها لأنها تترك أن الولد يتفوق عليها في بعض النواحي البيولوجية التي تحسده عليها<sup>(١)</sup> ، مما ينمي الاستعداد للغيرة عندها (نجاتي ، ١٩٨٣) . لكن هذا التفسير مردود عليه من ناحيتين :

١ - لو كانت البنات يحسدن الأولاد لأسباب بيولوجية كانت الغيرة بين الجنسين أشد منها بين أفراد الجنس الواحد ، أى أن الغيرة بين البنات والأولاد أعلى منها بين الأولاد أو بين البنات . وهذا عكس ما نلاحظه في حياتنا اليومية ، إذ نلاحظ أن غيرة البنت من بنت مثلها أعلى من غيرتها من الولد ، وغيرة الولد من ولد مثله أعلى من غيرة من البنت . فالغيرة بين أفراد الجنس الواحد أعلى من الغيرة بين الجنسين ( Bakwin & Bakwin, 1966 ) .

٢ - لو كان تفوق البنات على الأولاد في الاستعداد للغيرة راجعاً إلى عوامل فطرية لظهر هذا التفوق في جميع الثقافات ، لكن الدراسات الانثروبولوجية لم تؤيد هذا الفرض ، إذ وجد الباحثون أن الغيرة عند الذكور أعلى منها عند الإناث في بعض القبائل البدائية ، ولم يجدوا فروقاً بين الجنسين في الغيرة عند قبائل أخرى ، كما وجدوا أن قبائل ثالثة لا تنمي الغيرة عند أبنائها من الجنسين (نجاتي ، ١٩٨٣) .

وهذا يعني أن الفروق بين الذكور والإناث في الاستعداد للغيرة سببها عوامل ثقافية أكثر منها عوامل فطرية . ونعتقد أن تفوق البنات على الأولاد في الغيرة في مجتمعاتنا راجع إلى ظروف التنشئة الاجتماعية في البيت والمدرسة التي تنمي الغيرة عند البنت أكثر من الولد .

### الغيرة عند الأطفال :

الشعور بالغيرة الشديدة من أخطر المشكلات التي تواجه الأطفال في طفولتهم لسببين :

السبب الأول : أن الطفل الذي يعاني من الغيرة الشديدة يعاني أيضاً من مشكلات نفسية واجتماعية وجسمية كثيرة ، مثل التبول اللاإرادي والتهتة ،

(١) يرى فرويد أن البنت تحسد الولد على امتلاكه للجهاز التناسلي ، وتشعر بالنقص لعدم امتلاكها لهذا الجهاز ، وهذا ما يجعلها تميل إلى أبيها وتتغير من أمها - هذا التفسير ليس دقيقاً ، لم تؤيد نتائج دراسات كثيرة .

ومص الأصابع والعنوان والانسحاب ، وأحلام اليقظة والصداع والاسهال ، والتأخر الدراسي وغيرها . إذ تبين من دراسات كثيرة أن شعور الطفل بالغيرة الشديدة عامل أساسي في نشأة هذه المشكلات ، وهذا ما يجعلنا نعتبر الغيرة « أم مشكلات الطفولة » .

**السبب الثاني :** أن تكرار شعور الطفل بالغيرة الشديدة وهو صغير ، واستمرار شعوره بها لفترات طويلة ، ينمي عنده الاستعداد للغيرة ، ويجعله أكثر استعداداً للشعور بالغيرة الشديدة في مراحل حياته التالية . وهو استعداد سيء يجب أن نحمل أطفالنا منه .

وتنشأ الغيرة عند الأطفال من معاملة الآباء والمدرسين - وغيرهم من الراشدين - لهم معاملة سيئة ، تقوم على تفضيل طفل على آخر أو مقارنة طفل بآخر دون مراعاة للفروق الفردية بينهما ، أو اظهار محاسن طفل أمام غيره ، أو ذم طفل ومدح آخر . فهذه المعاملات تثير غضب وخوف وحقد الطفل المفضول عليه ، والطفل المهزوم في المقارنة ، والطفل المذموم ، لشعورهم بالدونية والاحباط والفشل والإهانة واحساسهم بعدم الأمن وعدم التقبل ، فتبتز ثقتهم في أنفسهم وفي الآخرين من حولهم ، وينمو فيهم القلق والعداوة والبغضاء .

ومن أكثر أشكال الغيرة شيوعاً في مرحلة الطفولة « الغيرة بين الإخوة » التي تؤدي في بعض الأحيان إلى عنوان الأخ على أخيه المنافس له ، وإلى الشكوى منه ، وتخريب ممتلكاته ، والتشهير به ، والإخبار عنه بالكذب . وإذا فشل الطفل في الانتقام من منافسه خوفاً من معاقبة والده - إن هو أظهر العداوة والعنوان - لجأ إلى كبت عداوته وإظهار حبه الزائد لأخيه ، ولسان حاله يقول : « أحبه حتى يجني أبي ونجني أمي » . وكبت العداوة والحقد ليس سلوكاً صحيحاً ، لأنه قد يؤدي إلى القلق والانتكالية والشعور بالذنب . وكلها مشاعر مؤلمة تجعل الطفل يلجأ إلى الحيل النفسية ، فينسحب وينطوى على نفسه ، أو يبذل فراشه أو يحس الأصابع ، وقد ينتهز ويرمش ، ويضطرب نومه ، وتضعف شهيتة للطعام ، وقد يكذب ويسرق أو يشاغب لجلب انتباه والديه ودعوتها للاهتمام به ، فإذا حصل على اهتمامها خفت غيرته واختفت هذه المشكلات .

ومن أهم عوامل الغيرة بين الإخوة :

١ - قُدم أخ جديد : فعند ولادة طفل جديد في الأسرة يدرك الطفل الكبير إهتمام والديه بالمولود ، وانشغالهما به ، مما يجعله - أى الكبير - يشعر بعدم التقبل أو يتوهم أنه غير محبوب منهما ، ويشعر بعدم الأمن والطمأنينة ، وبتهديد مركزه الاجتماعي في الأسرة ، ويتطير ويقلق ، ثم يربط بين قُدم أخيه الصغير وتحول والديه عنه ، فيدرك أنه منافس له في حب والديه ، ومُهدّد لمركزه في الأسرة ، فيغضب منه ويكرهه ويحقد عليه ، ويسعى للانتقام منه ومن والديه . ويُدغم الوالدان هذه الغيرة عندما يهتان بالطفل الصغير في حضور أخيه الكبير ، أو عندما يضرهان الكبير بسبب غيرة من الصغير .

وحالة الطفل حسام توضح لنا مشكلة الغيرة من الأخ الصغير . فقد حوّل حسام وعمره خمس سنوات ونصف إلى العيادة النفسية بسبب التبول اللاإرادي ، ومن دراسة تاريخ حياته أشارت أمه إلى أنه كان طفلاً عادياً ، تحكم في عمليات الإخراج في سن الثلاث سنوات . ثم جاءه أخ جديد وهو في سن الخامسة فتغير سلوكه ، وأصبح عصيياً سريع الغضب ، ورفض أن ينظر إلى أخيه الجديد ، وخاصم أمه عدة أيام ، بعد عودتها من مستشفى الولادة ، وأنكر تماماً ولادة أخيه ، وبعد شهور قليلة حدث تكوّن واضح في سلوكياته ، وأخذ يسلك مثل الطفل الرضيع ، فعاد يحبو ويجلس في كرسي الرضيع ، ويركب في المشاية ، وينام في حجر أمه ، ويخطف الرضاعة من الصغير ، ويبول في الفراش ، ويمص إبهامه . وقد نجح والده في تخليصه من هذه المشكلات عند التبول اللاإرادي ، فقد لاحظت الأم أنها كلما زادت في تعنيفه وتحقيره على تبوله ، بال ثانية في ملابسه ، وقد يُخرج وهو واقف أمامها ، أما إذا عنت به ولاعبته كما تلاعب الرضيع خفت حدة مشكلة التبول عنده .

والغيرة من ولادة أخ جديد تزداد عند الطفل الأول في الأسرة ، لأنه كان يعيش وحيداً قبل قُدم أخيه ، يتمتع بحب والديه ورعايتهما ، لا يشاركه أحد في ذلك ، فيشعر بالمنافسة والتهديد بالحرمان ، لأنه لم يتعود على مشاركة أحد له في حب والديه . كما تزداد الغيرة إذا جاء الأخ الجديد وعمر الطفل الكبير من ٢ - ٥ سنوات ، لأن الطفل في هذه المرحلة متمركز حول ذاته ، وفي حاجة إلى رعاية والديه ، وليس عنده استعداد لأن يقاسمه أحد في حبهما . أما إذا جاء الأخ



٤ - الاستعداد للغيرة الشديدة عند الآباء : فالآباء المستهدفون للغيرة الشديدة شعروا بالغيرة والحقد والخوف وهم صغار ، ويُعاملون أبناءهم كما كانوا يُعاملون في طفولتهم ، فيتسلطون عليهم ويحرقونهم ، ويذكرون الخلافات بينهم ، ويثيرون المنافسات والصراعات فيهم ويحرقونهم ، وينمون الغيرة الشديدة في نفوسهم ، فالأم التي لديها استعداد للغيرة الشديدة أمٌ غير ناضجة ، قد تشعر بالغيرة من ابنتها فتتقدمها وتحرق تصرفاتها ، وتخط من شأنها ، مما يشعر البنت بعدم التقبل والإهانة وعدم الثقة في نفسها وفي أمها ، وتنمو عندها الغيرة والعداوة .  
والأب غير الناضج قد يتسلط على ابنه ، ويطلب منه الطاعة في كل شيء ، ويعمل على جعل ابنه صغيراً باستمرار حتى لا يكبر وينافسه . وهذه المعاملة تسمى الغيرة والكراهية عند الابن ( Bakwin & Bakwin, 1966 ) .

#### الغيرة في المدرسة :

وللمدرسة دور كبير في تنمية الغيرة عند التلاميذ ، فالمدرسون - كآباء - قد يخطئون في معاملة تلاميذهم ، ويعاملونهم بطريقة تثير المنافسة الشديدة بينهم ، وتحتج عندهم الحقد والخوف والغضب ، مما يجعلهم مستهدفين للغيرة الشديدة في مراحل حياتهم التالية .

وأخطاء المدرسين التي تنمي الغيرة عند التلاميذ هي نفسها أخطاء الآباء التي سبق الإشارة إليها . وفيما يلي نبين أهمها :

١ - تفضيل تلميذ على آخر : فقد يفضل المدرس أحد التلاميذ ويخصه بالرعاية والاهتمام أكثر من زملائه في الفصل ، فيقره منه أو يكثر من توجيه الأسئلة إليه أو من مناقبته ، مما يشعر التلاميذ الآخرين بالغيرة منه فيحقدون عليه ويكرهونه ويكرهون مدرسه . ومن عوامل تفضيل المدرس لتلميذ على آخر التفوق في التحصيل ، وحسن الخلق والمظهر أو الصداقة والقرابة وغيرهما .

٢ - المقارنة بين التلاميذ : قد يلجأ المدرس إلى مقارنة التلاميذ في الفصل ، ويمدح التلميذ الشاطر ، ويذم التلميذ الكسول ، بهدف تشجيع الشاطر ودفع الكسول إلى تقليد زميله . وتؤدي هذه المقارنة - في معظم الأحيان - إلى نتائج سيئة ، فقد يشعر التلميذ الكسول بالعجز عن التفوق ، ويشعر بالدونية

والقلق ، وتتمو عنه الغيرة من التلاميذ الناجحين والحقد عليهم والكراهية لهم ، وقد يعمم هذه الكراهية على المدرسين والمدرسة والمجتمع كله ، ويسعى إلى الانتقام والتخريب كما يحدث في بعض حالات الجناح .

٣ - الاستعداد للغيرة عند المدرس : قد يكون المدرس شعر بالغيرة الشديدة في طفولته ، وغنى عنه الاستعداد للغيرة وهو صغير ، فيعامل تلاميذه معاملة غير ناضجة ، تثير فيهم الحقد والخوف والفضب ، وتنمي الغيرة بينهم فيستزىء بالتلميذ الضعيف ، ويحقره ويهينه ، ويستخف بعمل التلميذ الشاطر ، ويضنه حقه في الدرجات . وقد يصف التلاميذ بصفات سيئة ، ويتروعدهم بالويل والثبور ، وينمي عندهم الصراع والمنافسات غير الشريفة - وكأنه يكرر لا شعورياً الخبرات السيئة التي تعرض لها في طفولته .

ومن أمثلة المعاملات التي تنمي الغيرة الشديدة بين التلاميذ أن يسأل المدرس سؤالاً ، ويطلب من أحد التلاميذ الإجابة ، فيخطيء ويطلب من آخر فيصيب ، فيأمر الثاني بضرب الأول ، أو يأمره بالبصق في وجهه ، أو يكتب عبارة مهينة ويضعها على صدر المخطيء . وقد يعلن المدرس أن هدفه من هذه المعاملة تشجيع التلميذ الكسول على الجهد والنشاط ، لكن إذا سيرنا غور هذا المدرس سوف نجد أنه يكرر الأسلوب الذي عامله به مدرسه وهو صغير ، ونرى عنه الغيرة والحقد والكراهية ، وهو بذلك ينمي الغيرة عند تلاميذه دون أن يدري بما يفعل .

### العلاج والوقاية :

من النادر أن يحول طفل إلى العيادة النفسية لمعالجة من الشعور بالغيرة الشديدة ، لكن يحول كثير من الأطفال لمعالجهم من مشكلات أخرى غير الغيرة ، ثم يكتشف المعالج النفسي أن شعورهم بالغيرة الشديدة عامل أساسي فيما يعانونه من مشكلات نفسية أو اجتماعية أو جسمية . فقد يُطلب علاج بعض الأطفال من السرقة أو الكذب أو العدوان والتخريب ، أو الانطواء والانسحاب ، أو التبول اللاإرادي ومص الأصابع والزمات العصبية ، أو فقدان الشهية واضطرابات النوم والتهته وغيرها ، ويتضح من دراسة حالتهم أن هذه المشكلات أعراض لشعورهم بالغيرة الشديدة ، وبالتالي يتجه المعالج إلى تخفيف

هذا الشعور المؤلم ، فإذا تخفّ زالت الآلامهم واختفت مشكلاتهم الأخرى التي نتجت عنه .

وتعالج معظم حالات الغيرة الشديدة « بالإرشاد والتوجيه النفسي » (١) للطفل ووالديه ومدرسه وغيرهم من الراشدين المهمين في حياته . ويهدف الإرشاد والتوجيه النفسي إلى الآتي :

ويهدف الإرشاد والتوجيه النفسي إلى الآتي :

١ - جعل الطفل يشعر بالأمن والطمأنينة في علاقته بوالديه ومدرسه : وذلك بجعله يشعر بالتقبل والحب والعطف والعناية والاهتمام والتشجيع حتى يثق فيمن حوله ، ويطمئن لمركزه الاجتماعي في البيت والمدرسة ، وتزول عنه مخاوف الحرمان والفشل والاحباط ، ويقبل على الحياة آمناً مطمئناً .

٢ - تنمية شخصية الطفل : وذلك بتنمية ثقته في نفسه وتشجيعه على الاستقلال والاعتماد على النفس ، وحثه على النجاح والتفوق في مجالات الدراسة والهوايات والنشاطات الرياضية ، وتبصيره بإمكاناته وقدراته . حتى يتحسن مفهومه عن نفسه ، ويثق في كفاءته ، ويشعر بالجدارة ، وتخف عنه مشاعر الذنوبة والانتكالية والقلق ، وتقل حاجته إلى استخدام الحيل النفسية الدفاعية .

٣ - تجنب الطفل مواقف المنافسات غير المتكافئة والمقارنات غير العادلة : فلا تقارنه بمن هو أحسن منه ، ولا ندفعه إلى منافسات لا يستطيع التفوق فيها ، ولا تحط من شأنه ، ولا نشعره بالتهديد لأن الطفل الذي يشعر بالغيرة سريع الخوف والغضب والحقد ، سريع الاحباط والقلق واليأس ، سريع اللجوء إلى الحيل النفسية الدفاعية . لذا كان من الضروري تجنبه المنافسات والمقارنات في بداية عمليات الإرشاد النفسي حتى تقوى دفاعاته النفسية ، وتزول مخاوفه من الحرمان والفشل ، ويطمئن إلى كفاءته ويثق فيمن حوله .

٤ - الوقاية من تنمية الاستعداد للغيرة في البيت : وذلك بتجنب الالتقاء تفضيل أخ على أخيه ، أو المقارنة بينهما أو مدح أحدهما وذم الآخر .

---

(١) تحتاج بعض حالات الغيرة إلى العلاج النفسي المتعمق ، يستخدم في علاجها التحليل النفسي أو العلاج السلوكي أو طريقة روجر في العلاج المصمك حول المريض والعلاج الديني . لمزيد من المعلومات عن أساليب العلاج النفسي الرجوع إلى الفصل الرابع .



فلا يفصلون الولد على البنت ولا البنت على الولد ، ولا الكبير على الصغير ولا الصغير على الكبير ، وأن يعدلوا بين أبنائهم حتى في القيلة . فقد أمرنا رسول الله عليه الصلاة والسلام بذلك فقال : « أعدلوا بين أولادكم حتى في القيلة » ، واعتبر عليه الصلاة والسلام تفضيل ولد على آخر في المعاملة أو الهدايا جَوْرَ أى ظلم ، يؤدى إلى الحقد والعداوة والغيرة (١) .

وإذا كان الله سبحانه وتعالى قد مَنَّ على أحد أولادنا بالجمال والذكاء أو القوة الجسمية أو حسن الخلق ، فمن الأفضل تجنب الإعجاب بهذه المزايا وتمجيدها أمام إخوانه ، حتى لا يحصلوه عليها ويفخروا منه .

وإذا كانت الأم مقبلة على إنجاب طفل جديد فمن الأفضل أن يسمي طفلها الكبير لاستقبال أخيه ، وتبصره بأنها تحمل في بطنها أختاً أو أخاً ، وتبين له ضعف هذا المولود ، وحاجته إلى الرعاية ، وفي الوقت نفسه تشجع الكبير على الاعتدال على نفسه والاستقلال عنها .

وإذا حدثت الغيرة فعلاً بين الإخوة فعل الآباء قبولها واعتبارها سلوكاً سيئاً ، ولا يبررونها كمشكلة ، ولا يحقرون أولادهم عليها ، وفي الوقت نفسه يعملون على عدم تسميتها . فإذا كان الطفل الكبير يغير من أخيه الصغير كان على الأم أن تثبت للكبير حياء له واهتماماً به ، وتجنب الاهتمام الزائد بالرضيع في حضور أخيه الكبير ، ولا تجعل قلوب المولود الجديد سبباً في حرمان الكبير من أى شيء كان يحصل عليه قبل ولادة الصغير .

٥ - **الوقاية من تنمية الاستعداد للغيرة في المدرسة :** وذلك بتجنب المدرسين أخطاء تفضيل تلميذ على آخر أو مدح تلميذ وذم آخر في الفصل ، أو عقد المقارنات بين التلاميذ ، فهذه المقارنات والمفاضلات مهما كان هدفها لها آثار سلبية كثيرة تؤذى غير المتفوقين ، وقد تؤذى المتفوقين إذا أصابهم الغرور .

(١) عن النعمان بن بشير رضي الله عنه قال : أصطلي أبى عطية فقالت أمي غيرة بنت راحة ، لا أرضى حتى تشهد رسول الله ﷺ ، فألق أبى رسول الله عليه السلام فقال : إني أعطيت أبي من غيرة بنت راحة عطية فأمرني أن أشهدك يا رسول الله . قال : « أعطيت سائر ولدك مثل هذا ؟ قال : لا . قال النبي ﷺ : « إني لا أشهد على جَوْر . فاقهوا الله واعملوا بين أولادكم » . قال : فرجع فرد عطية . (رواه البخاري)

كما أن تفضيل تلميذ على آخر جور ، ومقارنة تلميذ بعيره ظلم ، لوجود فروق فردية بينهم لا دخل لهم فيها ، تساعد بعضهم على التفوق ولا تساعد الآخرين . لذا يجب على المدرس أن يمدح التلميذ المجتهد ولا يبالغ في ذلك ، وأن يتجنب ذم وتحقير وإهانة المقصر أمام زملائه في الفصل ، خاصة إذا كان هذا المقصر انطوائياً سريع الانسحاب والاعتراف بالفشل . كما يجب على المدرس أن يكون عادلاً في معاملة تلاميذه فيخصهم جميعاً برعايته ، ويوزع أسلته وابتهاماته ومدىحه ودرجاته عليهم بالتساوي . فإن عَقل المدرس بين تلاميذه ، يشعرهم بالأمن والطمأنينة والتقبل ويقلل المنافسات والصراعات بينهم .

وإذا حدثت الفجوة بين التلاميذ في الفصل فمن الأفضل أن يعتبرها المدرس سلوكاً عادياً ، ويعمل على عدم تنميتها ، فيشعر التلميذ - الذي يشعر بالفجوة - بالأمن والطمأنينة والتقبل ، ويشجعه على النجاح والتفوق في المجالات التي تناسب قدراته حتى يثق في نفسه وفي كفاءته ويطمئن لمن حوله .

### التبول اللاإرادي

نعني بالتبول اللاإرادي enuresis ضعف قدرة الطفل على ضبط عمليات المثانة وعدم القدرة على التحكم فيها حتى يذهب إلى الحمام ، فإذا تبول في فراشه أثناء نومه سمي تبولاً ليلياً nocturnal wetting وإذا تبول أثناء لعبه أو جلوسه أو وقوفه سمي تبولاً نهرياً diurnal wetting .

ويعتبر تبول الطفل في فراشه أو في ملابسه مشكلة إذا كان عمره الزمني أكبر من خمس سنوات ، وتكرر تبوله مرة أو أكثر كل أسبوع . وعلى هذا لا يعتبر تبول الطفل لا إرادياً حتى سن الخامسة مشكلة ، ولا يعتبر تبليل الطفل بعد الخامسة لفراشه أو تبوله في ملابسه مرات قليلة مشكلة - لأن العرض لم يتكرر - فمن الملاحظ أن بعض تلاميذ الروضة والإبتدائي يتبولون في ملابسه أحياناً ، لعدم معرفتهم بمكان الحمام أو لخوفهم وعجزهم من استئذان المدرسة أو لانشغالهم باللعب وتأجيلهم الذهاب إلى الحمام حتى آخر لحظة ، ويقولت البول رغماً عنهم . كما قد يتبول بعض التلاميذ في فراشهم صدفة نتيجة حلم مزعج أو بسبب التعب وغلبة النوم ، فإذا لم يتكرر تبولهم لا يعتبر مشكلة ( Schaefer, 1979; Kauffman, 1981 ) .

## القدرة على ضبط عمليات المثانة :

من الملاحظ أن الطفل الرضيع لا يستطيع التحكم في مثانته حتى نهاية السنة الأولى من عمره تقريباً ، وهذا ما يجعله لا يحفظ بالبول لمدة طويلة ، ويفرغه لا إرادياً في ملابسه أو على فراشه . ثم تبدأ عضلاته القابضة تمارس عملها خلال السنة الثانية مما يساعده على الاحتفاظ بالبول لمدة طويلة إلى حد ما ، وتستطيع أمه تنظيم مرات جلوسه على « القصرية » ، وتقليل مرات بواله في ملابسه أو في فراشه .

ويزداد نمو العضلات القابضة في السنة الثانية بدرجة تمكن الطفل من الاحتفاظ بالبول في المثانة ، كما يُمكنه نمو المثانة والعضلات القابضة من الاحتفاظ بالبول لمدة طويلة بالنهار ، ولا يبلل ملابسه . ومن الملاحظ أن معظم الأطفال في هذا السن لا يطلبون الذهاب إلى الحمام أو الجلوس على القصرية عندما يشعرون بامتلاء المثانة ، وعلى الأمهات تنظيم مواعيد جلوسهم على القصرية<sup>(١)</sup> حتى تستمر ملابسهم جافة بالنهار ، ولا يبللون فراشهم بالليل .

ويستطيع الطفل في سن الثالثة الإفصاح عن حاجته الداخلية ، ويساعده في التعبير عنها زيادة حصيلة اللغوية ونمو عضلاته القابضة ، ونضوج مثانته بدرجة تُمكنه من الاحتفاظ بكمية كبيرة من البول . ويستطيع معظم الأطفال العاديين في نهاية السنة الثالثة طلب القصرية أو الذهاب إلى الحمام ، لكن يلاحظ أنهم لا يطلبون ذلك إلا في آخر لحظة وقد يفلت منهم الزمام ، ويبولون في ملابسهم قبل الذهاب إلى الحمام ، لذا كان على الأم التيقظ لطفلها ، وتلبية طلبه بسرعة ، وإرساله إلى الحمام عندما تلاحظ عليه ما يدل على حاجته للتبول .

وفي سن الرابعة والخامسة من العمر تتضج المثانة والعضلة القابضة وتزداد كفاءتهما ، ويتمو الطفل ذهنياً واجتماعياً بالدرجة التي تمكنه من اكتساب السلوك المقبول في تنظيم عمليات الإخراج ، ويستطيع الذهاب إلى الحمام بمفرده ، ويقضي حاجته بدون مساعدة ، أو بمساعدة غير مباشرة .

---

(١) تستطيع الأم تنظيم جلوس طفلها على ( القصرية ) من سن ١٢ - ١٨ شهراً .

## التأخر في ضبط عمليات المثانة :

يعتمد تحكم الطفل في مثانته على نضوجه الجسمي ، وأسلوب أمه في تدريبه على عمليات الإخراج . ومن الصعب تحديد السن الذي يستطيع فيه الطفل العادى ضبط عمليات المثانة ، لكن تشير دراسات تتبعية كثيرة إلى أن معظم الأطفال يستطيعون ضبط عمليات مثاناتهم في سن من ٣ - ٦ سنوات تقريباً ، واعتبر الباحثون أن الطفل الذي يتحكم في عمليات المثانة قبل سن الثالثة اكتسب سلوك ضبط المثانة في سن مبكرة ، أما الطفل الذي لا يتحكم فيها حتى سن السادسة وما بعدها فيعتبر متأخراً ، ويعاني من مشكلة « التبول اللاإرادي » وفي حاجة إلى دراسة أسباب تأخره ، وتزداد خطورة مشكلته كلما كبر سنه .

ويعاني من مشكلة التبول اللاإرادي حوالي ١٣ ٪ إلى ٢٥ ٪ من أطفال الصف الأول الابتدائي ، وتستمر هذه المشكلة عند ٢ ٪ إلى ٣ ٪ من التلاميذ حتى سن ١٤ سنة تقريباً ، وتبين من بعض الدراسات أن حجم مشكلة التبول اللاإرادي عند الذكور أعلى منها عند الإناث ، حيث بلغت نسبة من يعانون منها من الأولاد ضعف النسبة من البنات ( Kauffman, 1981 ) .

ومعظم حالات التبول اللاإرادي تعاني من تبول ليلي فقد تبين من الدراسات أن حوالي ٧٥ ٪ من الحالات تعاني من تبول ليلي فقط ، و ٢٠ ٪ تعاني من تبول ليلي ونهارى ، و ٥ ٪ تعاني من تبول نهارى فقط ( Berg, 1979; Schaefer, 1979 ) .

## أسباب التبول اللاإرادي :

اهتم الإنسان منذ أقدم العصور بدراسة أسباب التبول اللاإرادي وعلاجها ، فقد أشارت الدراسات الانثربولوجية إلى أن الناس عرفوا مشكلة التبول منذ حوالي ٣٠٠٠ سنة ، واعتقدوا آنذاك أن سببها حلول روح شريرة بأجسام الأطفال ، فضربوهم بقسوة وكوهم بالنار والحديد ، لإرغام هذه الأرواح على الخروج من أجسامهم .

كما أشارت هذه الدراسات إلى أن بعض القبائل البدائية في جنوب أفريقيا تعتقد حتى الآن أن تبول الأطفال لاإرادياً سببه وجود دم فاسد Bad Blood في أجسامهم . ويعالجونهم بفتح ثقب في أعلى الصدغ لفصد هذا الدم .

وساد اعتقاد في القرن التاسع عشر بأن تبول الأطفال سببه ضعف عضوى في المثانة أو أمراض في المسالك البولية والكليتين ، وعالجوها بالأدوية والعقاقير الطبية .

وفي القرن العشرين زاد الاهتمام بهذه المشكلة واعتبرها العلماء مشكلة نفسية جسمية وفسروها بتفسيرات مختلفة منها :

١ - وراثة التبول اللاإرادى : يرى بعض الباحثين أن مشكلة التبول اللاإرادى مشكلة وراثية ، واستدلوا على هذا من انتشار المشكلة في أسر الأطفال الذين يعانون منها . ففي دراسة فرارى Frary وجد أن ٣٢ ٪ من آباء و ٢٠ ٪ من أمهات هؤلاء الأطفال كانوا يعانون من نفس المشكلة وهم صغار ، وأيد كاتر Katter حيث وجد أن ٥٢ ٪ من أسر هؤلاء الأطفال فيها فرد أو أكثر كان يعاني من التبول اللاإرادى في صغره أو لا يزال يعاني منه وقت إجراء البحث .

لكن من الملاحظ أن القول بوراثية التبول اللاإرادى قول ضعيف لأن نتائج دراسة فرارى ليست دقيقة ولا تدل على أثر الوراثة دلالة قاطعة ، لأنه إذا كان ٣٢ ٪ من آباء هؤلاء الأطفال كانوا يعانون من التبول اللاإرادى فكمن من آباء الأطفال الذين لا يبللون فراشهم كانوا يعانون من هذه المشكلة ؟ . كما أن نتائج دراسة كاتر لا تدل على أثر الوراثة فقط بل تدل أيضاً على أثر البيئة في نشأة هذه المشكلة ، فقد تكون أسر الأطفال الذين يبللون فراشهم لا تُحسن تربيتهم مما أدى إلى انتشار التبول اللاإرادى بينهم . يضاف إلى هذا علم وجود دليل علمي على أن التبول اللاإرادى ينتقل عن طريق الجينات الوراثية ولا عن طريق جرثومة مرضية . لكن الاحتمال المقبول لتفسير وراثة التبول اللاإرادى هو وراثة بعض الأطفال لخصائص فيسيولوجية تؤدي إلى تأخر نضوج المثانة وضعف العضلة القابضة ، وهذا الاحتمال ضعيف ولا توجد أدلة علمية كافية عليه .

٢ - تفسير التحليل النفسي : ذهب فرويد إلى أن التبول اللاإرادى عرض نكوصي يدل على ما يعانيه الطفل من صراع نفسي لم يحل ، أو على ما يشعر به من قلق الانفصال عن الوالدين ، خاصة عندما يدرك تحول والديه عنه إلى العناية بأخيه الصغير ، ويعتقد أنه مهلد بفقدان أحدهما ، فيبول في فراشه

لجذب انتباههما إليه ، فإذا ما تحقق له هذا الانتباه استمر في تبلييل فراشه ليحصل على مزيد من اهتمام ورعاية والديه ( Books, 1973 ) .

كما افترض بعض علماء التحليل النفسي أن التبول اللاإرادي عنوان رمزي ، فالطفل الذي يشعر بقسوة البيئة عليه ولا يجد فيها ما يفرحه ، ويفضب منها ويحقد عليها ويكرهها ويحتقرها ، يبول عليها ( Kauffman, 1981 ) .

وبصفة عامة نلاحظ أن فرويد وغيره من علماء التحليل النفسي قد أبرزوا في تفسيرهم لمشكلة التبول اللاإرادي دور بعض العوامل النفسية والاجتماعية منها : سوء علاقة الطفل بوالديه وإخوته ، وصراعاته النفسية التي لم تحل وإحباطاته ، وهي عوامل تبين من دراسات كثيرة أن لها دوراً كبيراً في نشأة المشكلة وتطورها .

لكن يؤخذ على هذا التفسير أن القول بأن التبول اللاإرادي حيلة نكوصية ، قد يفسر عودة الطفل إلى التبول اللاإرادي بعد أن يكون قد اكتسب القدرة على ضبط المثانة ، لكنه لا يفسر تأخر الطفل في ضبط عمليات المثانة حتى سن السادسة وما بعدها ، فليس كل تبول لاإرادي نكوصاً ولا عنواناً رمزياً ، فقد يرجع تأخر بعض الأطفال إلى نقص في التدريب الاجتماعي على العادات الأساسية أو يرجع إلى أمراض جسمية .

٣ - تفسير نظرية التعلم : يرى أصحاب هذه النظرية أن اكتساب التحكم في عمليات المثانة سلوك متعلم والتأخر في اكتسابه راجع إلى أخطاء في التدريب عليه . فالطفل الذي يفشل في اكتساب ضبط عمليات المثانة حتى سن السادسة وما بعدها ، إما أن يكون والداه قد أهملوا في تدريبه أو علموه بطريقة خاطئة ( Kauffman, 1981 ) .

ومن الملاحظ أن هذا التفسير قد أبرز دور إهمال الأسرة في نشأة مشكلة التبول اللاإرادي عند بعض الأطفال ، لكنه لا يصلح في تفسير حالات التبول اللاإرادي التي ترجع إلى تأخر نضوج المثانة والعضلة القابضة ، فالتدريب الكفء لا يفيد في اكتساب السلوك إلا إذا كان الطفل قد نضج جسياً وعقلياً ، بالدرجة التي تؤهله لتعلم هذا السلوك ، الذي يُعتبر اكتسابه محصلة التفاعل بين النضج والتدريب ( أبو علام ، ١٩٨٢ ) .

كما لا ينطبق تفسير نقص التدريب على حالات التبول اللاإرادي التي ترجع إلى الصراع النفسي والغيرة ، لأن الطفل الذي اكتسب السلوك وتحكم في مثانته ، قد يحدث نكوص وارتداد في سلوكه ، فيبذل فراشه لجذب الإنتباه إليه ، وليس لنقص في تدريبه .

٤ - التفسير باضطراب الشخصية : أشار بعض الأطباء النفسيين والعقلين إلى أن مشكلة التبول اللاإرادي عرض لاضطراب الشخصية ، واعتبروا تأخر الطفل في عمليات المثانة دليلاً على اضطراب شخصيته ، وتأيد افتراضهم في دراسات كثيرة بينت نتائجها أن الطفل الذي يبذل فراشه يعاني من مشاكل نفسية كثيرة ، منها : مص الأصابع وقضم الأظافر ، وأحلام اليقظة والشرود الذهني ، والإنطواء والتهبة ، والسرقة والعدوان والمناد ، والخوف من أشياء كثيرة والانتكالية ( Kauffman, 1981 ) .

ففي دراسة لبفري Beverly وجد أن الآباء يصفون أطفالهم الذين يبللون فراشهم بالعصبية وسرعة الغضب وسرعة اليكأء ، وفي دراسة أخرى لجورارد تين أن معظم هؤلاء الأطفال منطوون على أنفسهم وسليون ، يخافون من اللعب النشط ، ولا يؤدون أى عمل مجدية ، وتحصيلهم الدراسي أقل من مستوى قرائهم الذهنية ( جورارد ، ١٩٧٧ ) .

ومن الملاحظ أن هذا التفسير قد أبرز علاقة التبول اللاإرادي باضطرابات الشخصية ، وهي علاقة وثيقة ، إذ من النادر أن نجد طفلاً يعاني من التبول اللاإرادي ولا يعاني من مشكلات نفسية أخرى . لكن جانب هذا التفسير الصواب عندما جعل علاقة التبول باضطرابات الشخصية علاقة سببية ، وافترض أن مشكلة التبول نتيجة لهذه الاضطرابات . فهذا الافتراض ليس هو الافتراض الوحيد ، إذ يمكن أن نفترض عكسه ، ونقول : إن التبول اللاإرادي سبب لاضطراب الشخصية وليس نتيجة لها ، فتبول الطفل في فراشه حتى سن متأخر يسبب له مضايقات نفسية واجتماعية كثيرة ، لأنه في كل يوم يجد فراشه مبللاً يشعر بالونية ، ويحتقر نفسه ، ويشعر بالذنب والقلق ، وتضطرب شخصيته .

وقد يكون التبول اللاإرادي واضطراب الشخصية نتيجتين لعوامل التشقة الاجتماعية الحافظة ، فالطفل الذي يشعر بالغيرة من أخيه ، يبذل فراشه لجذب انتباه والديه للعناية والاهتمام به ، ثم يواجه بالعقاب والتحقير والإهانة على تبوله

اللاإرادية ، يشعر بالدونية والقلق ، وتضطرب شخصيته ، وقد يلجأ للعدوان والانتقام أو للانطواء والانكماش ومص الأصابع وغير ذلك .

٥ - التفسير بعوامل متعددة : نستشف من مناقشة التفسيرات الأربعة السابقة أن كلا منها أبرز عاملاً واحداً أو أكثر من العوامل التي لها علاقة بمشكلة التبول اللاإرادية ولم يبرز جميع العوامل . وهذا ما يجعل كل تفسير يصلح لتعليل المشكلة عند بعض الأطفال ولا يصلح لتعليلها عند غيرهم .

فسبب المشكلة عند بعض الأطفال عضوى وراثي أو عضوى مرضي ، وعند البعض الآخر الصراع النفسي أو الغيرة ، وعند غيرهم نقص التدريب وأخطاء التشقة ، وهذا يعني أن التفسيرات الأربعة متكاملة أى تكمل كل منها الأخرى في تفسير هذه المشكلة التي لها أسباب متعددة .

ويتفق علماء النفس والأطباء على مجموعة من الأسباب تؤدي إلى تأخر ضبط عمليات المثانة ، وتسبب مشكلة التبول اللاإرادية عند الأطفال ، منها ما هو جسمي وما هو نفسي وما هو اجتماعي .

( أ ) الأسباب الجسمية : يرجع التبول اللاإرادية عند عدد قليل من الأطفال إلى أسباب جسمية أكثر منها نفسية واجتماعية ، منها عدم كفاءة المثانة bladder - instability والتهاب المسالك البولية والتهابات الكليتين والبدانة المعوية ، ومرض السكرى ، والإمساك وسوء الهضم ، والتهابات العمود الفقري ، ونقص الفيتامينات ، وزيادة حموضة البول وتضخم اللوزتين ، والزوائد الأنفية وغيرها .

ومن الملاحظ أن بعض هذه الأسباب لها علاقة مباشرة بالتبول اللاإرادية ، وبعضها الآخر لها علاقة غير مباشرة في نشأة هذه المشكلة .

( ب ) الأسباب النفسية : يرجع التبول اللاإرادية عند معظم الحالات إلى عوامل نفسية أكثر منها جسمية . من هذه العوامل الشعور بالغيرة ، والصراعات التي لم تحل ، والإحباط الشديد والشعور بالنقص والدونية ، والشعور بالذنب ، والشعور بعدم الأمن والطمأنينة ، والشعور بالنزد ، وعدم التقبل من الوالدين والمدرسين ، والشعور بالعداوة والتكوص ، والاضطراب الانفعالي ، وعدم النضوج الاجتماعي وغيرها .



ويعتبر التخلف العقلي من العوامل التي لها علاقة بالتأخر في ضبط عمليات الإخراج عموماً ، وفي ضبط عمليات المثانة بصفة خاصة ، فنسبة من يعانون من مشكلة التبول اللاإرادي بين المتخلفين عقلياً أكبر منها بين الأطفال العاديين والأذكىاء ، وقد يرجع هذا إلى أن المتخلفين عقلياً يعانون من ضعف عام في التحكم العضلي ومن أمراض جسمية ، وتأخر في النمو الانفعالي والنضوج الاجتماعي ، ويعانون من الاحباط وعدم الأمن ، وعدم الثقة في البيئة أكثر من العاديين والأذكىاء .

وهذا يعني أن انخفاض الذكاء ليس سبباً مباشراً للتبول اللاإرادي ، إنما هو سبب غير مباشر ، لا يؤدي إلى التبول اللاإرادي إلا إذا تفاعل مع عوامل جسمية ونفسية واجتماعية لها علاقة بالمشكلة . يؤيد هذا أن بعض حالات التخلف العقلي الخفيف التي لا تعاني من أمراض جسمية أو مشكلات انفعالية ، تتحكم في عمليات المثانة في السن العادي ولا تعاني من مشكلة التبول اللاإرادي . كما أن الدراسات تشير إلى أن متوسط نسب ذكاء الأطفال الذين يعانون من تبول لاإرادي مسلو تقريباً لمتوسط ذكاء الأطفال الذين تحكموا في عمليات المثانة في السن العادي . فالتبول اللاإرادي لا يدل على انخفاض مستوى الذكاء ولا يدل انخفاض مستوى الذكاء على حتمية التأخر في ضبط عمليات المثانة .

(ج) الأسباب الاجتماعية : تعتبر البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الطفل مسؤولة إلى حد كبير عن مشكلة تبوله لاإرادياً . فأخطاء الوالدين والمدرسين وغيرهم من الراشدين المهمين في حياة الأطفال هي التي تؤدي إلى تأخر بعضهم عن التحكم في عمليات المثانة ، وهي التي تؤدي إلى تنمية العوامل النفسية والجسمية التي تسبب التبول اللاإرادي .

ومن أخطاء الوالدين التي تؤدي إلى التبول اللاإرادي بطريقة مباشرة أو غير مباشرة : القسوة في معاملة الطفل ، وحرمانه من العطف والحنان ، مما يجعله يشعر بعدم التقبل ، وعدم الأمن والطمأنينة ، وعدم ثقته في نفسه وفيمن حوله .

ويخطئ الوالدان والمدرسون أيضاً عندما يدللون الطفل ، وبيافون في تلبية رغباته ، مما يجعله ينمو هشاً ضعيفاً ، متعوداً على الأخذ دون العطاء ، اتكالياً يعتمد على غيره في كل شيء ، لا يقوى على تحمل الإحباط ، ولا يستطيع حل صراعاته إلا بالكوص والارتداد والتثيت .

وإثارة الغيرة والمنافسة بين الإخوة أو بين التلاميذ في الفصل خطأ أيضاً لأنها تسمى عندهم الشعور بالغضب والحقد والإحباط والصراع والقلق وغيرها ، مما يجعلهم مهيين للتبول اللاإرادي كحيلة دفاعية لحل صراعاتهم ، أو لإثارة الانتباه إليهم .

وإهمال الوالدين في تدريب الطفل على عمليات الإخراج في سن مبكرة ، يؤدي إلى تأخره في اكتساب السلوك المقبول في مواقف الإخراج ، فبعض الأمهات لا يتم بتدريب طفلها على عمليات الحمام ، ولا تشجعه على اكتساب هذا السلوك ، فينشأ كسولاً غير ميل بتعلمها ، ويبلل فراشه لكسله في الذهاب إلى الحمام ، أو لعدم إدراكه قيمة النظافة والمسؤوليات الاجتماعية في هذا الموقف .

وقد يخطئ الوالدان ويعاملان الطفل الذي يبلل فراشه بقسوة مما قد يؤدي إلى تعقيد المشكلة ، ويؤدي إلى استمرارها مدة طويلة . فقد يعاقبان الطفل بغلظة ويشعرانه بالإهانة ، ويشهران به بين إخوته وزملائه ، ويكويانه بالنار ، مما يفقده الثقة في نفسه وبالأخرين ، ويشعره بالذنب والقلق ، وهي مكونات نفسية سيئة تساعد على استمرار المشكلة ، وقد يبالغ الوالدان في المحافظة على شعور الطفل الذي يبلل فراشه ، ويدلان له الفراش والملابس في سرية وتكم شديدتين ، وكأن مشكلته من العيوب المخجلة والأفعال المشينة ، فيشعر الطفل بالذنب والدونية والقلق وتتعدد مشكلته .

وقد يعتقد الوالدان أن تأخر طفلها في التحكم في عمليات المثانة وراثي ، ويدلان على ذلك بتأخر بعض إخوانه أو أقاربه ، فيهملان في علاج المشكلة في الوقت المناسب . كما أن الطفل عندما يسمع هذا التفسير يشعر بأن تبوله لاإرادي محتوم عليه ، ولا أمل في التخلص منه ، مما يساعد على استمرار المشكلة عنده مدة طويلة .

وتساهم الخلافات الأسرية ، وكثرة الشجار بين الوالدين ، وتهديد الأب للأم بالطلاق وتهديد الأم بترك البيت ، في تأخر نسبة كبيرة من الأطفال في اكتساب العادات الأساسية حتى سن متأخرة . فالطفل الذي يسمع ويرى خلافات والديه وشجارهما ، تهتز ثقته بنفسه ، ويتوقع الحرمان منهما أو من أحدهما ، ويحس بعدم الأمن والطمأنينة معهما ، ويشعر بالقلق والإحباط والصراع ، ويلجأ إلى التكوص والارتداد والتثيت في عمليات ضبط المثانة ويظهر التبول اللاإرادي .

## العلاج :

يبدأ علاج الطفل الذى يعاني من مشكلة التبول اللاإرادى بتحويله إلى الفحص الطبي للتحقق من سلامته الجسمية ، وعلاج ما قد يوجد من خلل عضوى . ومن المتوقع تجلوب الطفل مع العلاج الطبي بسرعة إذا كان يعاني من تبول لاإرادى عضوى .

وبالرغم من أن احتمال وجود أسباب عضوية للتبول اللاإرادى احتمال ضعيف ، فمن الضروري عدم استبعاد هذا الاحتمال إلا بعد الفحص الطبي الدقيق ، لأن العلاج النفسى لا يفيد في علاج الأسباب الجسمية وقد يؤدي إلى تعقد المشكلة وتأخر الشفاء .

وبعد التأكد من سلامة الطفل جسدياً تعالج مشكلته على أنها حالة « تبول لاإرادى غير عضوى » أو « تبول لاإرادى وظيفي » باستخدام العلاج النفسى ، الذى يهدف إلى تبصير الطفل بمشكلته ، وتحسين الظروف البيئية التى يعيش فيها ، وتوفير الظروف المناسبة لتدريبه على ضبط عمليات المثانة .

ومن أساليب العلاج النفسى التى تستخدم في علاج حالات التبول اللاإرادى الآتي :

١ - العلاج بالاستبصار : يقوم على أساس تبصير الطفل<sup>(١)</sup> بمشكلته وأسبابها ، وتبصيره بصراعاته النفسية ، حتى يستطيع حل الصراعات ، ومواجهة الإحباط والخوف بأساليب مباشرة .

ويعمل المعالج النفسى على تبصير الطفل بقدراته وميوله ، وتشجيعه على تمتيتها وعلى النجاح والتفوق حتى يشعر بالكفاءة والثقة في النفس ، وتحسن علاقاته بنفسه وبالآخرين . ويسعى المعالج أيضاً إلى تنمية دوافع الطفل لاكتساب السلوك المقبول في عمليات الإخراج ، وغرس الثقة فيه بإمكانية التخلص من هذه المشكلة ، حتى يقبل على العلاج ويستمر فيه .

---

(١) يدخل العلاج بالاستبصار في جميع أساليب العلاج النفسى ، ويحتر استعمال المريض بمشكلته وأسبابها وإجراءات علاجها من الأهداف الرئيسة في العلاج بالتحليل النفسى والعلاج المتمركز حول السيل والعلاج الجشعاني ، وقد ناقشنا هذه الأساليب في الفصل الرابع .

كما يوجه المعالج عنايته إلى البيئة التي يعيش فيها الطفل ، ويعمل على تحسين علاقة الطفل بوالديه ومدرسيه وإخوانه وزملائه ، وذلك عن طريق تبصير الوالدين - وغيرهما من الراشدين المهمين في حياة الطفل - بالمشكلة وأسبابها ، وبمسؤولياتهما في العلاج ، حتى يشعر الطفل بالأمن والطمأنينة معهما وبالتقبل منهما ، ويدرك مكانته وكفاءته ، فيشعر بالجدارة وتحف عنه مشاعر القلق والذنب والعدوة .

٢ - العلاج السلوكي : يقوم العلاج السلوكي على أساس أن الطفل اكتسب مشكلة « التبول اللاإرادي غير العضوي » لعدم تدريبه التدریب الصحيح على عمليات الإخراج . ويهدف هذا العلاج إلى إعادة تربية الطفل الذي يبلل فراشه ، وتدريبه بطريقة صحيحة على ضبط عمليات المثانة حتى يقدر عليه ، ويكتسب السلوك المقبول .

ويعتبر العلاج السلوكي من الأساليب الجيدة في علاج التبول اللاإرادي ، فقد نجح في علاج كثير من الأطفال ، بجهد قليل ، ووقت قصير . يضاف إلى هذا أنه من الأساليب العلاجية التي ليس لها آثار جانبية سلبية ، بل على العكس من ذلك قد تؤدي إعادة تربية الطفل وتدريبه على عمليات المثانة إلى تحسين سلوكه في مجالات كثيرة ( Books, 1973 ) .

ويتبع في العلاج السلوكي لحالات التبول اللاإرادي عدة طرق من أهمها طريقة التعلم الشرطي الكلاسيكي ، وطريقة التعلم الإجرائي ، وتتناول هاتين الطريقتين شئ من التفصيل :

( أ ) التعلم الشرطي : بدأ استخدام العلاج السلوكي بالتعلم الشرطي في الثلاثينات من القرن العشرين عندما قام مورر ومورر Mowrer & Mowrer بعلاج حالات التبول اللاإرادي بمنهج أطلق عليه جرس السرير Bell-Pad Technique وهو عبارة عن جهاز عازل كهربائي يتصل به جرس كهربائي . توضع الرقاقتان المعدنيتان على سرير الطفل ، فإذا بال اتصال التيار الكهربائي ودوى صوت الجرس الذي يوقظ الطفل . ويتكرر هذه العملية عدة مرات ، يستيقظ الطفل بمجرد ضغط البول في المثانة ويذهب إلى الحمام .

وقد تبين من استخدام هذه الطريقة لمدة أربعين سنة - حتى الآن - نجاحها في علاج من ٧٠ ٪ إلى ٩٠ ٪ من حالات التبول اللاإرادي (Kaufman, 1981) . ويشترط لتحقيق هذا النجاح عدم وجود أسباب عضوية لمشكلة التبول ، وتوفر الرغبة عند الطفل لتعلم ضبط عمليات المثانة واكتساب السلوك "المقبول اجتماعياً" .

(ب) التعلم الإجرائي : استخدمت طريقة سكنر في التعلم الإجرائي من حوالي سنة ١٩٥٠ في علاج حالات التبول اللاإرادي ، وأطلق كيميل وكيميل Kimmel & Kimmel على هذه الطريقة طريقة التعزيز الإيجابي Positive Reinforcement - Technique تقوم على أساس تدريب الطفل على عمليات ضبط المثانة بتعزيز استجاباته الناجحة ، وعدم تعزيز استجاباته غير الناجحة ، حتى يتعلم الطفل السلوك المقبول في مواقف الإخراج وتخفي مشكلة التبول اللاإرادي ( Books, 1973 ) .

وقد نجحت هذه الطريقة في علاج كثير من حالات التبول اللاإرادي غير العضوي ، واستخدم في تعزيز سلوكها التعزيز المادي والتعزيز الاجتماعي باستمرار ، ثم قلّت مرات التعزيز تدريجياً إلى أن اكتسب الطفل السلوك وتخلص من المشكلة .

وتعتبر طريقة التعزيز الإيجابي أفضل من طريقة جرس السرير ، لأنها تقوم على أساس وعي الطفل بمشكلته ، وعبء الظروف المناسبة لتخلصه منها ، فيطلب منه التقليل من شرب السوائل ليلاً ، ويعزز سلوكه في الذهاب إلى الحمام ، ويُحث على النظافة في بدنه وملابسه ، ويُشجع على الاهتمام بمظهره وهندامه ، وتعزيز هذه الاستجابات عنده ، مما يؤدي من ناحية إلى تخليصه من مشكلة التبول اللاإرادي ، ويؤدي من ناحية أخرى إلى تنمية ثقته بنفسه ، وإشباع حاجاته النفسية والاجتماعية في الأمن والحب والتقدير والاستحسان مما يساعد على نمو شخصيته .

ومن الحالات التي نجح التعزيز الإيجابي في تخليصها من مشكلة التبول اللاإرادي غير العضوي طفل عمره ١١ سنة ، وذكاًؤه ٧٥ درجة ، كان يبلل فراشه ليلاً . وتلخصت خطة علاجه في امتناعه عن شرب السوائل بعد الساعة السادسة مساءً ، والذهاب إلى الحمام قبل النوم وبعد الاستيقاظ مباشرة ، وإبلاغ

مدرسته التي كانت تتابع حالته ، وتلصق له نجمة في كراسة المتابعة كلما وجدته نظيفاً طيب الرائحة عند حضوره في الصباح وعندما تلقاه بين الحصرص وفي فترات الراحة . فإذا مر اليوم دون أن يوسخ ملابسه منحه لعبة أو قطعة من الحلوى . واستمر تعزيزها لمدة ١٥ يوماً ، فوجدت أنه حافظ على نفسه نظيفاً ولم يبلل ملابسه أو فراشه لمدة ١٣ يوماً ، لكن عندما أوقفت التعزيز لمدة ١٥ يوماً أخرى وجدت أن الطفل بلل فراشه ١١ يوماً ، ولم تره نظيفاً إلا أربعة أيام فقط ، فعادت إلى برنامج التعزيز الذي استمر ستة أشهر ، تابعت فيها مرات تبليل فراشه أسبوعياً ، فوجدت أنها أخذت تقل تدريجياً إلى أن توقف الطفل تماماً عن تبليل فراشه لمدة خمسة أسابيع متتالية ، وتخلص من مشكلة التبول اللاإرادي ( George et al., 1977 ) .

وساعد التعزيز على التخلص أختين من مشكلة التبول اللاإرادي ، عمر الأولى ٨ سنوات والثانية ١١ سنة ، وكانت خطة العلاج تقليل تناول الطفلين شرب السوائل بعد الساعة السادسة مساءً ، والذهاب إلى الحمام ، وتسجيل تبليل فراشهما وإبلاغ مدرستهما يومياً بحالتهم ، فتكافئهما على عدم تبليل فراشهما ، ولا تماقبهما على التبليل ، وتماقبهما إذا أهملتا في التسجيل بخصم جزء بسيط من مصروفهما اليومي ، وبخصم جزء أكبر إذا هما سجلتا غير الحقيقة . واستمرت المتابعة لمدة ٢٠ أسبوعاً ، فوجدت المدرسة أن مرات تبليل الطفلين لفراشهما أخذت تقل تدريجياً إلى أن توقف تماماً لمدة ثلاثة أسابيع متتالية ( Allgeier, 1976 ) .

ومن الملاحظ أن نجاح طريقة التعزيز الإيجابي يعتمد على رغبة الطفل في التخلص من مشكلته ، وتعاون أسرته مع المعالج وتحاولها مع خطة العلاج .

## الفصل السادس

### بعض المشكلات التربوية والسلوكية.

- التخلّف العقلي .
- الطفل بطيء التعلم .
- الإدمان .
- التدخين .
- الشخصية السيكوباتية .





## تمهيد

يهدف هذا الفصل إلى مناقشة مجموعة من المشكلات تؤثر بشكل أو بآخر على الصحة النفسية للفرد ، سواء أواجدها في الأسرة أو على مقاعد الدرس في المدارس أو المعاهد أو الجامعات ، أو في أماكن العمل كموظف أو عامل في الصناعة أو في الزراعة . هنا كان أو أها . بل إن خطورة هذه المشكلات لا تقف عند حد الفرد الذي يعانيها إنما تتعداه إلى المحيطين به سواء في الأسرة أو في المدرسة أو في المؤسسة أو في المجتمع .

وستشمل هذه المجموعة من المشكلات كلا من : التخلف العقلي ، البطء في التعلم ، الإدمان ، التدخين ، وأخيراً الشخصية السيكوباتية ، وقد خصصنا هذا الفصل لهذا النوع من المشكلات نظراً لأنها لا تصنف في إطار الاضطرابات النفسية والعقلية ، إنما هي مشكلات تربوية وسلوكية .

وسنحرص على تعريف القارئ بهذه المشكلات ، من خلال تعريفنا لها ، وتشخيصنا لأعراضها ، ثم تحديد العوامل التي تساهم في إحداثها . ومدى ما تتركه من آثار على صحة الفرد النفسية ، وما تتسبب فيه من متاعب نفسية واجتماعية سواء للأسرة أو للمدرسة أو للمجتمع . لنصل من كل هذا إلى تقديم بعض الاجراءات الوقائية والخطوات العلاجية التي نأمل أن تساهم في التخفيف من حجم انتشار تلك المشكلات وتقديم العون لمن يعانيها .

## التخلف العقلي Mental Retardation

التخلف العقلي من أشد مشكلات الطفولة خطورة ، نظراً لما يتركه من جروح نفسية عميقة لدى الآباء والأمهات والإخوة والأخوات وكل من له علاقة بهذا الطفل من قريب أو من بعيد .

وباختفاء النظرة إلى هذه المشكلة باعتبارها وصمة Stigma في جبين الأسرة صار ينظر إليها باعتبارها مرض Disease كمرض السكري ، واضطرابات القلب .. اغ ( Levinson, 1975 ) وأصبحت تدرس من أكثر من جهة ، فهي مشكلة طبية تتحدى بشكل خاص أطباء الأعصاب ( النيورولوجيين ) . كما أنها مشكلة وراثية أثارت اهتمام علماء الوراثة . وهي مشكلة نفسية تناولها علماء النفس سواء من حيث مظاهرها وآثارها المعرفية أو الانفعالية أو السلوكية . كما أنها تربية واجتماعية وقانونية أيضا .

ويهمنا بشكل خاص أن نتناولها في علاقتها بالصحة النفسية لصاحبها ولأفراد أسرته . وأن نتعرف على آثارها السلبية التي تتركها على قدرات الطفل المعرفية وما تحدّثه لديه من اضطرابات انفعالية ، ومدى إعاقته من تحقيق التوافق الناجح سواء مع ذاته أو مع بيئته . من جهة أخرى يهمنا أن نتعرف على الآثار التي تتركها على الحالة الاجتماعية لأفراد أسرة الطفل المتخلف ، ثم ما الذي نستطيع أن نقدمه لكل هؤلاء من أجل مساعدتهم على مواجهة كل هذه الآثار وتمكينهم من التوافق الناجح مع هذه المشكلة .

وما دام الأمر كذلك فلن نقف طويلا عند تعدد المصطلحات إذ يكفي أن نشير إلى التصنيف الذي قدمته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي عام ١٩٧٣<sup>(١)</sup> ويشمل ( Riggat & Riggat, 1980, p.10 )

(١) التخلف العقلي القابل للتعليم ( نسبة ذكائه ما بين ٥٠ ، ٧٠ ) .

Educable Mentally handicapped ( EMH ) .

---

(١) للاطلاع على تصنيفات أخرى يمكن للقارئ الرجوع إلى : Oliver p . Kolstoe , Mental

Retardation, an educational view point , Rinhart and Winston . Inc , 1972 , p . 63 .

- Telford . C . W ., The exceptional Individual , 4th ed . Prentice - Hall , Inc . New Jersey , 81 .

- مرسى ( كمال إبراهيم ) الطفل غير العادي من الناحية الذهنية ، سمار النهضة العربية - القاهرة ، ص ٢٨ - ٣٦ .

(ب) التخلف العقلي القابل للتدريب ( نسبة ذكائه ما بين ٣٥ ، ٥٠ ) .

Trainable Mentally handicapped ( TMH ) .

(ج) التخلف العقلي الشديد تكون نسبة الذكاء فيه أقل من ٣٥

Severe Mentally handicapped

( Levinson, 1975. p. 58 )

وستتناول مشكلة التخلف العقلي وفقا للترتيب التالي :

- تعريف المشكلة وتشخيصها .
- أسبابها .
- التخلف العقلي والصحة النفسية .
- الوقاية والرعاية .

**تعريف المشكلة وتشخيصها :**

يشير مصطلح التخلف العقلي إلى الانخفاض الكبير في القدرة العقلية العامة مقرونا بحجز في السلوك التوافقي . ويتبدى هذان العرضان في الغالب في مرحلة ما قبل اكتمال النمو :

“ Mental retardation refers to significantly sub - average general intellectual functioning existing concurrently with deficits in adaptive behavior, and manifested during the developmental period.” (1) ( Telford, 1981, p. 248 ) .

يحدد هذا التعريف الشروط التي لابد من توفرها ، ليحتسب صاحبها في عداد المتخلفين عقليا : الأول أن ينخفض مستوى قدرته العقلية العامة كما تحدها اختبارات الذكاء عن ٧٠ . والثاني : تأخر اكتسابه للسلوكات التوافقية مثل المهارات الحركية : كالجلوس ، الوقوف ، المشي ، الكلام ، ومهارات الاتصال ،

---

(١) هذا هو نص التعريف الذي تبنته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي .

كالتحدث والاستماع والقراءة والكتابة ، وكذلك السلوك المقبول لاشباع الحاجات الجسمية ، وتكوين أصدقاء واللعب معهم ، وأداء الواجبات الأسرية .. الخ ( Grossman ) والشرط الثالث أن التخلف العقلي يظهر فيما قبل اكتمال نمو الفرد . وينتهي البعض إلى تحديد مرحلتين الطفولة المبكرة والمتوسطة لظهور هذه المشكلة . وينتشر ظهورها بعد سن الثانية عشرة ( مرسي ، ص ٢٦ ) .

وهناك عدد من التساؤلات التي لا بد من الإجابة عليها : هل التخلف العقلي هو نفسه التدهور العقلي Mental deterioration بالتالي يصبح المتخلف عقليا في عداد مرضى العقل أو المضطربين عقليا ؟ هل التخلف العقلي مرادف للاضطراب النفسي بالتالي يكون صاحبه مريضا نفسيا ؟ هل التخلف العقلي والصرع Epilepsy<sup>(١)</sup> شيء واحد ؟ .

من المؤكد أن التخلف العقلي يختلف عن التدهور العقلي ، فالأول يظهر مبكرا جدا وغالبا ما تتعده عوامل وراثية أو حوادث عند الميلاد . في حين أن التدهور العقلي يصيب كل الأعمار ، وينتج عن الإصابات والاضطرابات العقلية . كما أن التخلف العقلي مغاير أيضا للاضطراب النفسي . فالتوتر والضيق والقلق سمات قارة للتالي ولكنها ليست كذلك بالنسبة للأول ، كما أن المسؤولية تنتفي عن المتخلف عقليا تخلفا جادا في حين أنها باقية للمضطرب نفسيا .. وأن الاضطراب النفسي يمس مختلف الأعمار بخلاف التخلف العقلي الذي يقتصر على مرحلة الطفولة فقط . وبالمثل فإن الصرع يختلف تماما عن التخلف العقلي وإن تشابه معه أحيانا في بعض الأعراض ومنها انخفاض القدرة العقلية العامة ، إلا أن صاحبه قادر على اكتساب سلوكيات توافقية . ويمكن أن يمس الصرع أفرادا من أعمار لا يسهم فيه التخلف العقلي .

وهكذا يتفرد التخلف العقلي عن الاضطراب العقلي والنفسي والصرع من حيث إنه : انخفاض في القدرة العقلية العامة وتأخر في اكتساب السلوكيات التوافقية ويظهر في ما قبل الثانية عشرة بوجه عام .

(١) الصرع عبارة عن اضطراب في خروج الطاقة الكهربائية الكيميائية من المخ ، وتشخص برسم المخ الكهربائي ، ومن أعراضها النوبة وضيق في النفس ، التشنج والتعبير المفاجئة عما يمرض صاحبها للأعطر .

وعليه فإن الكشف عن حالات التخلف العقلي وتشخيصه يتطلب أكثر من أداة : فاختبارات الذكاء<sup>(٢)</sup> تحدد القدرة العقلية العامة ، واختبارات التوافق والشخصية<sup>(٣)</sup> تكشف عن مدى نجاح الفرد في اكتساب السلوكيات التوافقية . كما أن مقارنة نمو الطفل المتخلف بنمو الطفل العادي يمكن أن تكشف عن أوجه القصور لدى الطفل المتخلف . فعلى سبيل المثال تبين دراسات النمو أن الطفل العادي قادر على :

- أداء الأفعال المنعكسة كالبلع والمص والعطس وشد الإصبع ، ( عند الميلاد ) .
- النظر للأشياء ، رفع الرأس ، تمييز والده وخاصة الأم ( شهرين أو ثلاثة ) .
- يجلس بدون مساعدة ، ويلعب بألعابه في الشهر السادس ، ينطق ماما وبابا في الشهر العاشر أو الحادي عشر .
- يسمى بعض الأشياء ويشير إلى ثلاثة أجزاء من جسمه في الشهر الثامن عشر .
- يكون جملة بسيطة ، يستمع للحكايات ، يميز بين الصور في سن سنتين .
- يكون جملاً قصيرة ، يشارك في لعبة بسيطة ، يستخدم القلم في سن ثلاث سنوات .
- يستخدم المقص ، يعد إلى عشرة ، تزداد مفرداته اللغوية في سن أربع سنوات .
- يعد ثلاثة أو أربعة أشياء ، يقلد الرسومات ، يحدث الكبار في سن خمس سنوات .
- يذهب للمدرسة ، يبدأ تعلم القراءة والكتابة في سن ست سنوات .

---

(٢) من اختبارات الذكاء التي تستعمل حالياً في الكويت : لوحة الأشكال لسيجان وكسلر بلغيو للأطفال ، رسم الرجل لجوانف ، اختبار الذكاء اللغوي .

(٣) من الأمثلة على هذه الاختبارات : مقياس فنيبلاند للتضج الاجتماعي ، مقياس كاتل ، مقياس الشخصية التلاتي ... الخ .

إن أى انحراف عن ظواهر النمو العادية يمكن أن يكون مؤشرا دالا على احتمال وجود انخفاض في القدرة العقلية العامة للطفل .

كما أن هناك أخطاء من التخلف العقلي الحاد الذي يحتاج أصحابه إلى رعاية خاصة يمكن اكتشافها عند الميلاد مباشرة . وذلك نظرا لما تتصف به من خصائص لا تغطيها العين . فالطفل الذى يولد بعينين منحرفتين ورقبة غليظة وأصابع قصيرة وخطوط مستقيمة في باطن الكف في الغالب ما يكون هذا الطفل متخلفا عقليا من النمط المنغولي . كذلك تضخم الرأس hydrocephalus أو صغره كثيرا ( Microcephalus ) من العلامات الدالة على التخلف العقلي .

وقد تلزم بعض الفحوصات الطبية للكشف على أسباب التخلف العقلي ، خاصة فحص الجهاز العصبي الذى يقوم به أخصائي في الأعصاب Neurologist وبعض الفحوص المخبرية والتي تشمل فحص البول ، واضطرابات القبة الرقبة والأشعة ورسم الدماغ ، وتحليل الدم .. الخ . ثم فحص العينين والأذنين واستشارة أخصائي أمراض الكلام .

وهكذا يتعاون فريق عمل متكامل يشمل الأخصائي النفسي والاجتماعي والطبيب وأخصائي أمراض الكلام ، والسمع والبصر وكذلك المدرس في تشخيص ظاهرة التخلف العقلي ( Kolstre., 1972 ) فلماذا كل هذا التشدد في تشخيص هذه الظاهرة ؟ .

إن تحرى الدقة في التشخيص يفرضه أكثر من اعتبار واحد . فالقرار الذى يتخذه فريق العمل إنما يتحدد بموجه مصير الطفل ومستقبله . فقد يوصى بإيداعه في دار للرعاية ، أو في مؤسسات تدريسية تعد له مهنة بسيطة أو في فصول دراسية خاصة . وقد يترتب على هذا القرار الحجر على الفرد وعلى أمواله وإقامة وصي عليه يعرض شئونه ، وحرمانه من حقوقه السياسية والشخصية . ناهيك عما تعانيه الأسرة من خيبة الأمل وإحساس بالفشل ومعاناة لعقدة الذنب ، واضطراب لشئونها وأحوالها النفسية والاجتماعية . لكل هذا يجب توخي الدقة والحذر في إصدار القرار فقد ثبت أن الخطأ ممكن في عملية التشخيص وأن الظواهر قد تتخدع أحيانا فقد يكون التخلف كاذبا ، وقد يختلط الأمر فتمزج بين التخلف والصرع مثلا أو بين التخلف والبطء في التعلم .. الخ .

وفي نهاية حديثنا عن تشخيص التخلف العقلي نورد فيما يلي بعض خصائص الأطفال الذين يعانون هذه المشكلة ( Riggat , Riggat 1980 ,P5 ) .

- قدرته المحدودة على تكوين المفاهيم المجردة .
  - قدرته المحدودة على أداء العمليات الفكرية .
  - قدرته المحدودة على التركيز .
  - محدودية قدرته على اتخاذ الحيلة والحذر .
  - محدودية قدرته على استبصار العلاقة بين الأهداف ووسائلها .
  - محدودية قدرته على العناية بنفسه .
  - محدودية قدرته على العيش في جماعة .
  - عدم قدرته على العيش مستقلا عن الآخرين .
  - محدودية دافعيته نحو ممارسة عمل .
  - محدودية قدرته على الاستفادة من برامج التدريب .
  - محدودية التزامه بالقيم والعادات والتقاليد .
- وحرى بنا أن نتذكر هنا الفروق الفردية بين الأفراد المتخلفين عقليا . فالخصائص التي ذكرناها تتنوع من فرد إلى آخر ، وعليه تتنوع درجات التخلف العقلي .

#### أسباب التخلف العقلي :

التخلف العقلي مشكلة معقدة يساهم في إحداثها عوامل كثيرة ، لدرجة أن بعضهم يذهب إلى وجود أكثر من مائتي سبب لها ، في حين يشير البعض الآخر إلى أن حالات التخلف العقلي باتت أسبابها معروفة لا تتجاوز ١٥ ٪ فقط .

وفي عام ١٩٥٩ أصدرت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي قائمة بالأسباب التي باتت معروفة . واستمرت بعد ذلك الأبحاث حتى صار بالإمكان الإشارة إلى مجموعة متفق عليها في الأوساط العلمية وفيما يلي أهم تلك الأسباب :

( أ ) صحة الأم الحامل تؤثر على الصحة العقلية للجنين : فاضطرابات الكلل يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم وهذا يؤدي إلى التبكير في ولادة الجنين ، وإلى معاناته لاضطرابات نيورولوجية . كما أن تعاطي الأم للمخدرات والخمور والحبوب النفسية يؤثر على صحة الجنين الجسمية والنفسية والعقلية . وقد أثبتت دراسة لجونز وزملائه ( Jones, 1946 ) أن ٤٠ ٪ من الأمهات الكحوليات أنجبن أطفالاً متخلفين عقلياً .

( ب ) العامل الريزي . **Rh. Factor** : كشفت البحوث الحديثة عن وجود علاقة بين التخلف العقلي وتناثر العامل الريزي لدى الأم وجنينها . فعندما يكون هذا العامل لدى الأم سالبا ، ولدى الجنين موجبا ، لا تتوافق فصيلة دم الجنين مع فصيلة دم الأم ، وينتج عن اتصالهما تكون أجسام مضادة في دم الأم تنتقل إلى الجنين وتقضي على كرات الدم الحمراء لديه وغالبا ما تؤدي هذه الحالة إلى وفاة الجنين بعد فترة قصيرة من ولادته أو إلى تدمير خلايا الدماغ ، إلا أن الوسائل الحديثة المتوفرة لدى الأطباء والتي تمكنهم من تبديل دم الجنين تساعد على إنقاذ بعض الحالات من الموت وفي بعض الحالات يمكن حماية جهازه العصبي . ( Koch, 1975 ) .

( ج ) الحالة الانفعالية للمرأة الحامل : أثبتت بحث أجرى مؤخراً في الولايات المتحدة الأمريكية على ٤٠٠٠ امرأة حامل أن الحالة الانفعالية للمرأة الحامل من العوامل التي تؤثر على المستوى العقلي للجنين ( Levinson, 1975, p.43 ) .

( د ) الأشعة : إن تعرض المرأة الحامل خاصة في الشهور الأولى للحمل إلى أشعة إكس يمكن أن يتسبب في إحداث اضطرابات في دماغ الجنين .

( هـ ) الخطأ الكروموزومي :<sup>(١)</sup> أثناء انقسام الخلية الأولى يمكن أن يقع خطأ كروموزومي يؤدي بالتالي إلى اضطرابات بيوكيميائية تؤثر على عملية التمثيل

(١) الخطأ الكروموزومي قد ينشأ عن فشل الكروموزومات الجنسية في الانقسام ، أو من فشل الكروموزوم الذاتي رقم ( ٢١ ) في الانقسام . وفي الحالة الأخيرة تنتج حالة التخلف العقلي المعروف باسم المنغولية .



الغذائي للخلية . وقد تؤدي إلى موت الجنين . وفي حالة بقائه حيا يمكن أن يتشوه ويصاب بالتخلف العقلي المعروف باسم « المنغولية » .

#### Natal Causes

#### ٢ - أسباب تصل بالولادة :

(أ) نقص الأكسجين في الدماغ Brain Anovia : أثناء الولادة يمكن أن يؤدي إلى موت خلايا الدماغ ، مما يؤدي إلى ظهور أعراض Symptoms التخلف العقلي . إن نقص الأكسجين هنا ينتج عن خلل وظيفي في الرئتين نتيجة لعاقلات معينة في مجرى التنفس لدى الطفل .

(ب) نزيف الدماغ : تعرض رأس الطفل لأية كدمة يمكن أن يؤدي إلى التخلف العقلي ، سواء تلك الكدمة نتيجة لكير حجم رأس الطفل وضيق قناة الولادة لدى المرأة ، أو نتيجة لخطأ المشرف على عملية الولادة .

(ج) الولادة المبكرة : عندما يولد الطفل قبل أوانه تكون أوعية الدم في دماغه رقيقة جدا . مما يجعل الجهاز العصبي لديه ضعيفا جدا يتأثر بأي أذى خارجي .

#### Postnatal Causes

#### ٣ - أسباب بعد الولادة :

(أ) اضطرابات الغدة الدرقية لدى الطفل : يمكن أن تؤدي إلى التخلف العقلي الحاد المعروف باسم القصاص Cretinism .

(ب) التهاب الدماغ Encephallites : إن تعرض الطفل للالتهاب الدماغ إبان الطفولة المبكرة أو المتوسطة يمكن أن ينجم عنه بعض حالات التخلف العقلي .

(ج) التسمم الكيميائي Chemical Poising : كان أول من أشار إلى التسمم بالرباص لدى عمال الطباعة هو بنجامين فرانكلين ، وقد ثبت حديثا أن تعرض الأطفال لهذا النوع من التسمم يمكن أن يؤدي إلى حالات من التخلف العقلي .

ونود أن نشير إلى أن قائمة الأسباب التي ذكرتها الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي لم تشر إلى العامل الوراثي كسبب من أسباب التخلف العقلي . وترك هذا الموضوع للأبحاث المستقبلية لاثباته أو نفيه . كما أنها أشارت إلى تلك الحالات التي لم يكتشف سبب تخلفها وأطلقت عليها اسم التخلف الثقافي - العائلي - Cultural-familial retardation . وهو مصطلح وصفي أكثر منه إلى العلة ذاتها .

( د ) سوء التغذية : تشير بعض الدراسات إلى أن نقص فيتامينات ب ١ ، ب ٢ ، ب ٣ يؤدي إلى البلاجر والتخلف العقلي . كما أن نقص اليود ونقص الحديد يؤثر على النمو الذهني للطفل مما قد يؤدي به إلى التخلف العقلي .

( هـ ) الحوادث : قد تؤدي حوادث السيارات أو السقوط من على أو الارتطام بجسم صلب إلى إيلاء خلايا الجهاز العصبي مما قد يتسبب في ظهور التخلف العقلي أو الشلل أو الصمم والعمى .

#### الوقاية :

- من الممكن تلافي حدوث حالات التخلف العقلي بمراعاة الشروط التالية :
- ١ - العناية بصحة الأم الحامل الجسمية والاهتمام بتغذيتها ، ومراجعتها المستمرة لطبيبها إبان فترة الحمل .
  - ٢ - ابتعاد الأم الحامل عن تناول الكحول والمخدرات والحبوب النفسية إبان فترة الحمل .
  - ٣ - حماية الأم الحامل من الاضطرابات النفسية وتوفير الجو الهادئ الخالي من المشاحنات والمشاكل .
  - ٤ - إجراء الفحوصات الطبية اللازمة لتحديد فصيلة دم كل من الأب والأم وكذلك الأم والجنين للكشف عن وجود التنافر في العامل الريزي بينهما .
  - ٥ - توفير شروط الولادة السليمة بفضل العناية الطبية المطلوبة حتى لا يتعرض الطفل أثناء خروجه من بطن أمه إلى أية كدمات .

- ٦ - الحرص على ألا يلعب الطفل بأدوات يمكن أن تسبب تسمم كيميوى خاصة تلك التى تحتوى على مادة الرصاص .
- ٧ - توفير الرعاية الطبية المبكرة للولادات المبكرة ( الخناج ) وحمايتهم من أى مؤثرات خارجية قد تضر جهازهم العصبي .
- ٨ - تبديل دم الجنين في حالة ثبوت وجود تنافر في العامل الريزي بينه وبين أمه ( الأم Rh- والجنين Rh+ ) .
- ٩ - العلاج الطبي السريع لحالات التهاب الدماغ أو التسمم الكيميوى .
- ١٠ - علاج اضطرابات الغدد خاصة الغدة الدرقية .
- ١١ - تزويد الوليد بالأكسجين اللازم فور ولادته لحماية خلايا دماغه من التلف .

#### الرعاية :

تتوجه الرعاية نحو أولئك الذين لم تستطع الاجراءات الوقائية حمايتهم من التخلف العقلي ، ولاشك أن نوعية الرعاية المطلوبة تختلف تبعاً لدرجة ذلك التخلف ، فإذا كان التخلف عميقاً Severe فلا بد من توفير الرعاية الطبية<sup>(١)</sup> لصاحبه ، وحمايته من الأخطار ، وتوفير الأغذية المناسبة ، ومساعدته في قضاء حاجاته البيولوجية ، سواء أواجهد التخلف في الأسرة أم في مؤسسات الرعاية الاجتماعية .

أما الأنواع الأخرى من التخلف العقلي فيمكن أن نوفر لهم التالي :

- ١ - إتاحة الفرصة للتدرب على المهن البسيطة .
- ٢ - إتاحة الفرصة لنوع من التعلم والقراءة والكتابة والحساب .
- ٣ - الرعاية الصحية اللازمة .
- ٤ - إتاحة الفرصة لهم لتكوين صداقات والعيش في المجتمع .
- ٥ - توفير الأنشطة لهم المناسبة لقضاء وقت الفراغ .
- ٦ - إقناعهم بقبول بما قسم لهم وتغليصهم من مركب النقص .

٧ - الرعاية الطبية اللازمة في علاج بعض الاضطرابات الكلامية أو البصرية أو السمعية .

٨ - توفير الجو الأسرى الذى يشيع في جنباته الدفء والحنان والعطف والقبول والتفهم لحاجات مثل هذه الحالات ، وهذا لا يأتي ما لم يتوفر نوع من الإرشاد الأسرى الذى يهتم بالجوانب التالية :

● تخليص الأسرة من عقدة الاحساس بالذنب ومركب النقص والنظر إلى حادثة التخلف العقلي باعتبارها وصمة أو عار ، أو عقاب إلهي .

● تزويد الأسرة بالثقافة اللازمة لتفهم أسباب حالة التخلف العقلي ، وكيف أن هناك حالات لا خيار لنا في حدوثها . وأن علينا أن نتقبل ما كتب لنا وقدر علينا .

● لفهم الأسرة كيفية التعامل مع الطفل المتخلف ، حيث يكون تعاملنا عاديا خال من العطف الزائد أو الدلال أو النبذ .

● ضرورة إتاحة الفرصة للطفل المتخلف للاختلاط بغيره من الأطفال العاديين وألا يعزل في غرفة خاصة بدعوى الخجل من تصرفاته وأفعاله .

٩ - توفير الرعاية النفسية اللازمة لهؤلاء الأطفال ببناء علاقة طيبة معهم وإعادة الروابط بينهم وبين المجتمع ، وإزالة مخاوفهم وغرس الثقة في نفوسهم وتصبرهم بقدراتهم وتنمية شعورهم بالمسئولية نحو الآخرين ... الخ .

١٠ - تدريبات خاصة لتنمية قدرات الطفل الإدراكية وكفاءة عملياته الفكرية وأخيراً لابد أن نشير إلى أن رعاية المتخلفين عقلياً حق لهم وواجب على الأسرة والدولة .

#### التخلف العقلي والصحة النفسية :

من خلال الأعراض التى قدمناها لهذه الظاهرة ، ومن خلال عرضنا للعوامل التى تساهم في إحداث حالات التخلف العقلي . يمكننا أن نلمح العلاقة بين الصحة النفسية لكل من الأم الحامل وجنينها ، وبين الصحة النفسية للطفل ومشكلة التخلف العقلي التى يعانيها . وكذلك الآثار التى يتركها وجود مثل هذا الطفل على الصحة النفسية لكل فرد من أفراد الأسرة .

فقد أشرنا إلى أن الحالة الانفعالية للأم الحامل تعتبر من أسباب التخلف العقلي . فالأم التي تعيش إبان حملها في مشاكل يومية اجتماعية واقتصادية ، وتلك التي تعاني القلق والخوف على مستقبلها لأنها مهددة بالطلاق مثلا ، أو الأخرى التي تعيش مع زوج لا تحبه أو ينصرف عنها إلى مشاغله ، هؤلاء جميعا لا تتوفر لمن شروط الصحة النفسية مما ينعكس سلبا على صحة الجنين وبالتالي يساهم في تخلفه العقلي .

أما فيما يخص الصحة النفسية للمتخلف عقليا ، فما لم يتلق الرعاية المطلوبة وفي وقتها المناسب ، فإن قدرته على التوافق الناجح الذي هو مظهر أساسى للصحة النفسية تكون محدودة . وإذا كانت سلامة العقل من شروط الصحة النفسية ، فإن انخفاض القدرة العقلية العامة للفرد في مثل هذه الحالة سينعكس سلبا على صحته النفسية . وبالمثل فإن معاناة الفرد المتخلف عقليا لبعض الإعاقات الجسمية خاصة إذا ما كان تخلفه حادا . فإن ذلك سيؤثر على سلامة صحته ، ونفس الشيء قد يحدث إذا ما قارن المتخلف نفسه بالآخرين ، واكتشف أنه لا يستطيع أداء ما يفعله الآخرون .

إن ميلاد طفل متخلف عقليا هو صدمة عنيفة لوالديه ، يختار الطبيب كيف يبلغها لهم . مما يكون له أسوأ الأثر على الصحة النفسية سواء للأم أو للأب . فهذه الحادثة تشكل وصمة في حياة الأسرة ، ومصدرا للقلق والإحساس بالذنب . فقد يعتقد الوالدان أن هذه الحادثة ما هي إلا عقاب من الله لخطأ ارتكياه في حياتهم الماضية . وقد يتخوفان على مستقبل حياتهما الزوجية إن كانا لا يصلحان لانجاب أطفال أسوياء مما يعيشهما في حالة من الإحباط واليأس قد تؤدي بهما إلى التفكير في التخلص من ذلك الطفل .

**نماذج التخلف العقلي :** وسنورد فيما يلي حالتين من حالات التخلف العقلي لندرى كيف يتم تشخيصها وكيف تعالج .

**الحالة الأولى :** تحدثت أم كارين عن ابنتها فتقول :

في الشهر الخمسة الأولى لم ألاحظ شيئا غير عادي على ابنتي . ولكن مع بداية الشهر السادس شعرت أنها ليست كأختها الأكبر منها عندما كانت في مثل سنها فلم تكن تقوى على الجلوس وحدها ، وعندما كنت أجلسها سرعانا

ما تنكفيء إلى الأمام أو إلى الخلف ، فذهبت لمراجعة الطبيب وسأته عما إذا كان بها شيء غير عادى فطمأننى الطبيب بأن كل ما في الأمر تأخر بسيط في النضج وليس هناك داع للقلق . ولما بلغت الشهر الثامن عشر لم تكن تقوى على الوقوف وحدها أو المشي ولهذا كان لابد من مراجعة طبيب أطفال آخر حيث أخبرني أن عظامها ضعيفة لا تقوى على حمل جسمها . فأعطاني الطبيب علاجاً للغدة الدرقية ولكن لم يأت بأية نتيجة . وعندما بلغت العامين بدأنا نقلق عليها فعلاً ، فالأطفال في عمرها بدأوا يتكلمون في حين أنها لم تتمكن من ذلك بل اقتصر على بعض الألفاظ المبهمة . وبدأنا ننقل بها إلى طبيب آخر ومن عيادة إلى أخرى نبحت عن مطمئتنا ولكننا لم نلق أية إجابة أو أى تشخيص إيجابي ، ربما لأنهم جميعاً كانوا يركزون على الكلام والمشي . وقد أمضيت الساعات الطويلة لتدريبها على المشي والكلام دون جدوى .

وفي الثالثة من عمرها فرحنا لأنها تعلمت الذهاب للحمام وحدها وبدأت تمشي قليلاً . وفيما بين الثالثة والرابعة بدأت تتحدث بعض الكلمات . في هذا الوقت بالذات بدأنا نحس أنها قد تكون متخلفة عقلياً . ولكن أحداً من الأطباء الذين فحصوها لم يشر إلى إحساننا هذا . وعندما سألتنا طبيب الأطفال عن ذلك أجاب بصراحة أنه لا يعرف ونصحنا بالتوجه إلى أخصائي نفسي . وقد تلقى تقريراً من الأخصائي النفسي مفاده أن الفتاة تعاني تأخراً حاداً حيث أن نسبة ذكائها كان ٣٦ كما بينها اختبار ستانفورد - بينيه ، وينصح بتحويلها إلى إحدى مؤسسات الرعاية الخاصة .

عندما أخبرني الطبيب بتقرير الأخصائي النفسي غادرت مكتبه وعيناي مفرورتان بالدموع ، وعدت باهتة إلى البيت . فقد تقبلنا تشخيص الأخصائي النفسي ، ولكننا رفضنا إيداعها في مؤسسة الرعاية الخاصة ، رغم نصيحة البعض لنا بأنها ستتحسن لو أرسلت إلى هناك ، وشرعنا فوراً في وضع خطة للعناية بها في الأسرة ( Telford, 1981, pp. 258 - 259 )

تعليق : نحن أمام حالة من حالات التخلف العقلي القابل للتدريب يمكن أن تفيدنا بالتالي :

١ - أن ملاحظة أى مظهر غير عادى من مظاهر نمو الحالة لابد وأن يلتفت انتباه الوالدين . وهذا يتأتى من مقارنة الحالة بغيرها كما حدث هنا . ومن مقارنة ما تؤديه من سلوكات مع ما يجب أن تؤديه .

٢ - أن التشخيص غير الدقيق والتركيز على المظاهر الخارجية للظاهرة ربما يؤخر الكشف عن المشكلة الحقيقية وبالتالي يضيع فرصة العلاج المناسبة في الوقت المناسب .

٣ - ليس من السهل إعطاء قرار بالحالة من طرف غير المتخصصين . ولهذا لابد للطبيب من الاستعانة بنوى الاختصاص لمساعدته في اتخاذ القرار النهائي .

٤ - أن اعتماد التشخيص في هذه الحالة على نتائج اختبار الذكاء وحده لا يكفي ولا شك أن ما رافق هذا التقرير من ملاحظات على تأخر النمو لدى الحالة وتأخر الوظائف الحركية كالزحف والمشي والكلام .... الخ تدعم كلها نتائج الاختبار .

٥ - أن التوجيه بإبعاد الحالة في مؤسسة رعاية خاصة ليس له ما يبرره ما دامت الأسرة تقبل أن تقوم هي بتلك الرعاية .

٦ - لا شك أن اكتشاف حالة التخلف العقلي تشكل صدمة للوالدين لا يمكن التفاوضي عن آثارها النفسية عليهما . ولكن الأسرة المؤمنة بقضائهما وقدرها سرعان ما تتجاوز تلك الآثار وتنبأ في أداء واجبا نحو تلك الحالة .

الحالة الثانية : لم يشخص كيرك على أنه متخلف عقليا إلا في الحادية عشرة من عمره . وبدراسة تاريخ نموه تبين أنه لم يمش إلا في الشهر التاسع عشر وكان يعاني آلاما في أذنه ويشكو من عدم قدرته على السمع الجيد بإحدى أذنيه . سلوكاته قبل المدرسة تكاد تكون عادية ، ويتبع حالته في المدرسة لوحظ فشله الدراسي ورسوبه المتكرر ، ولكنه كان منضبطا تماما للنظام المدرسي . في الصف الأول لاحظ مدرسه أنه غير ناضج في تصرفاته ومهمل في أداء وظائفه المدرسية . في الصف الثاني أفاد مدرسه أنه فشل في تعلم القراءة وبعض المفاهيم . وقد وافق والداه على أن يعيد الصف الثاني ولكن هذه الإعادة لم تحسن من قدراته في القراءة والحساب . ثم رفع أوتوماتيكيا لثلاث سنوات متتالية .

ولكن مستواه الدراسي ظل متدنيا ومع هذا بقي كيرك في الصفوف العادية دون أن يتلقى أية علاجات خاصة .

ومن جهة أخرى أفاد مدرسه أنه طفل جذاب ، مقبول من التلاميذ الآخرين ، متعاون مع مدرسه ، ولا يبدو أن لديه مشكلات شخصية خاصة أو مشكلات انفعالية ، كما كانوا يتوقعون منه نتائج أفضل في السنتين الأوليين ، وعندما بلغ الحادية عشرة درست حالته في اجتماع ضم مدرسه القدامى ومموضة المدرسة ومديرها وتقرر تحويله إلى الأخصائي النفسي في المدرسة للتأكد من قدرته العقلية .

أجرى له الأخصائي النفسي سلسلة من الاختبارات وقدر أن مستواه العقلي في القراءة والحساب يعادل مستوى الصف الثاني ، وقاموسه اللغوي يعادل مستوى الصف الثالث . أخطأه الإملائية ناتجة عن عدم قدرته على التمييز بين الحروف المختلفة . أما نسبة ذكائه فقد كانت ٦٢ . وقد بين اختبار ستانفورد - بينيه أيضا ضعفا عاما في : القدرة على الفهم ، القدرة على التعامل مع المفاهيم المجردة إدراك العلاقات ، إصدار الأحكام والتعليل . وقد أوصى الأخصائي النفسي بضرورة وضعه في الأسلم الخاصة وقد اجتمع مع والديه لا قناعهم بقراره هذا .

وقد أقيمت دراسة حالة كيرك في الرابعة عشرة والسابعة عشرة من عمره وقد لوحظ في الدراسة الأخيرة أن نسبة ذكائه بلغت ٦٥ وأن تحصيله الدراسي وصل إلى مستوى الصف الرابع . أى أن التغيير طفيف جدا . وهنا وافق والداه على إخراجه من المدرسة . فأقلم في البيت سنة كاملة ، وبعدها انضم طوعا إلى برنامج خاص بالرعاية يقوم على الدراسة والعمل work - study Program .

ونظرا لكبر سنه فقد عهد إليه بالعمل طوال الأسبوع في إحدى البقالات ، مع حضور جلسات إرشادية مسائية . وقد أوصى الأخصائي النفسي ومرشده الخاص به أن يكون تعليمه منصبا على المهارات الحاسوبية ، والمهارات الكتابية ، وشغفون الميزانية ومتطلبات العمل . وقد انسجم كيرك مع هذا البرنامج العلاجي وبدأ يتمحسن باطراد حيث ارتفعت بشكل ملحوظ رغبته في العمل وصار يبدي رغبة قوية في الحصول على المال وبدأ يبحث عن مهنة أفضل . وقد لا في تشجيعا من مرشده ، وصار قادرا على تحمل مسؤولية العمل بشكل ممتاز . ( Telford 1981 pp. 260, 261 )



تعليق ! هذا نمط من التخلف العقلي البسيط القابل للتعليم الذي لم  
يكتشف إلا في الحادية عشرة من العمر ، ويلاحظ عليه :

١ - ليست في تاريخ نموه أية ظواهر جسمية أو سلوكية شاذة إلى حد أنها  
تلفت نظر والديه . أى أن ليس كل درجات التخلف العقلي تتطلب أن يكون  
هناك شذوذاً في النمو منذ الشهور الأولى من العمر .

٢ - إن ما لفت الانتباه إليه هو فشله الدراسي .

٣ - اعتمد تشخيص الأخصائي النفسي له على سلسلة من الاختبارات  
ليقيس بمستواه التحصيلي والعقلي ويحدد مواطن الضعف لديه .

٤ - اتبع في علاجه طريقتان : الأولى وضعه في أقسام خاصة لم تؤد إلى  
أية نتيجة تذكر . والثانية : إخراجهم من المدرسة وتطبيق برنامج قائم على الدراسة  
الوظيفية التي تخدم العمل الذى يعد إليه . وقد نجحت هذه الطريقة في جعله  
ينجح ، وبالتالي رفع روحه المعنوية والقضاء على مركب النقص لديه .

٥ - إن تعاون الوالدين مع الأخصائي النفسي تماماً في جميع مراحل العلاج  
مما يساعد في إنجاح أية خطوات علاجية توجه للحالة .

### الطفل بطيء التعلم

#### Slow Learner

هناك مجموعة من الفئات تتداخل بشكل أو بآخر مع فئة بطيئ التعلم ،  
لدرجة يكاد يلتبس معها الأمر ، مما اقتضى أن نعرض لهذه الفئات محاولين التعريف  
بها وبيان نقاط التلاقى بينها وبين فئة بطيئ التعلم .

١ - **الطفل المتخلف عقليا** Mentally Retarded Child : عرفنا من  
من دراستنا للتخلف العقلي أن الطفل المصاب به يعاني انخفاضاً حاداً في قدراته  
العقلية العامة ( نسبة ذكائه دون السبعين ) ، وتأخر في اكتساب السلوكات  
التوافقية ، وأن هذا التخلف يظهر في مرحلتى الطفولة المبكرة والمتوسطة وتندر  
الإصابة به بعد سن الثانية عشرة .

أما الطفل بطيء التعلم فهو يعاني انخفاضاً في القدرة العقلية العامة ، ولكن هذا الانخفاض بسيط ( نسبة ذكائه تتراوح ما بين ٧٠ و ٩٠ ) .

٢ - الطفل غير القادر على التعلم Alearning - Disabled Child :  
هو ذاك غير القادر على الاستفادة من الأنشطة المدرسية المنظمة في مجال واحد أو أكثر من المواد الدراسية ، رغم أنه يتمتع بذكاء متوسط ولا يعاني من أية إعاقة جسمية أو انفعالية أو ثقافية .

A Child who fail to benefit from regular classroom instruction in one or more areas of academic subject matter despite at least average intelligence and in the absence of demonstrable physical, emotional, or cultural handicaps, ( Ross, 1977, pp. 5 - 6 ) .

أي أن هناك فارق بين تحصيله الدراسي Achievement وقدرته الحقيقية على التحصيل Potentiel بين ما هو كائن وما يجب أن يكون . إذ إن ميزة هذا النوع من الأطفال لا يحصلون بالقدر الذي يسمح لهم بمستواهم العقلي .

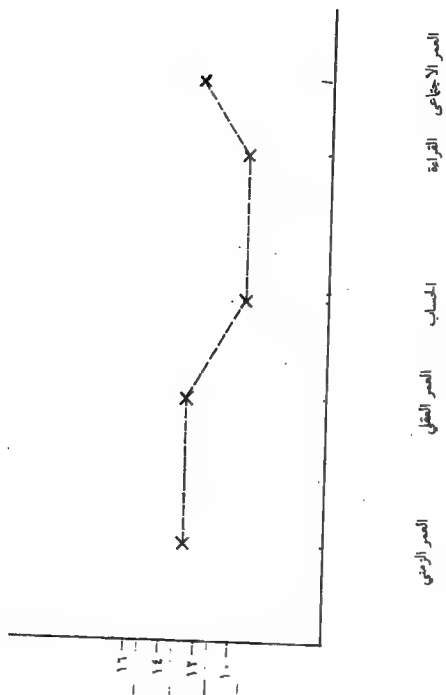
٣ - الطفل المعوق تربوياً Educationally Handicapped : يوضح الشكل التالي بروفيل الطفل المعوق تربوياً :

من هذا الشكل تتحدد خصائص الطفل المعوق تربوياً وهي :

( أ ) عمره الزمني يساوي عمره العقلي . أي نسبة ذكائه تساوي ١٠٠ . ويصنف في عداد متوسطي الذكاء .

( ب ) مستواه التحصيلي في القراءة والحساب منخفض عن مستواه العقلي . أو أن عمره التحصيلي ( القراءة والحساب ) متأخر بعامين عن عمره العقلي والزمني .

( ج ) عمره الاجتماعي Social age أعلى من عمره التحصيلي ولكنه أقل من عمره العقلي وعمره الزمني .



الشكل ( ٦ - ٩ ) : نمو الطفل المعوق تربوياً

إن هذه المشكلة تتشابه إلى حد كبير مع حالة الطفل غير القادر على التعلم من حيث إن كليهما يحصل أقل مما تسمح به قدرته العقلية كذلك فإن قدرة هذه الفئة على اكتساب السلوكات التوافقية مع البيئة الاجتماعية أدنى مما تسمح به قدرتها العقلية .

٤ - الطفل المتخلف دراسيا Scholastic Retarded Child : هو الطفل الذى تنخفض نسبة التحصيل عنده عن المستوى العادى المتوسط في حدود انحرافين معياريين ( زهران ، ١٩٧٨ ص ٥٠٢ ) أو هو الذى عمره التحصيلي ينخفض بمقدار عامين على الأقل عن عمره الزمني .  
إن هذه الفئة تشترك مع الفئات السابقة في صفة أساسية هي ضعف التحصيل الدراسي .

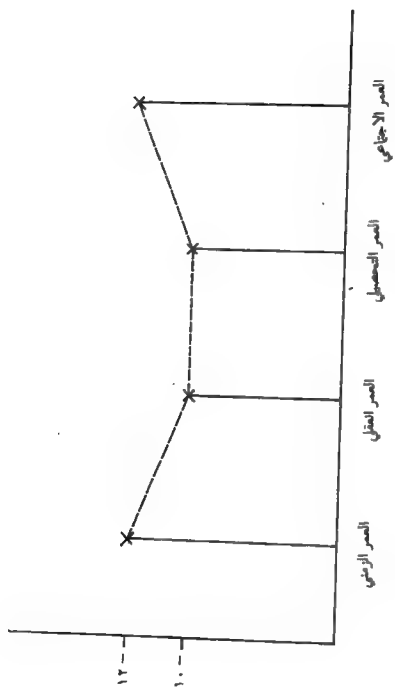
٧ - الطفل بطيء التعلم Slow Learner : يمثل الشكل التالي برفيل الطفل البطيء التعلم .

ومنه يمكننا تحديد خصائص هذا الطفل على النحو التالي :

( أ ) انخفاض عمره العقلي عن عمره الزمني في حدود العامين أى أن نسبة ذكائه تتراوح ما بين ٧٠ و ٩٠ .

( ب ) عمره العقلي يساوى عمره التحصيلي أى أن ما يحصله هو كل ما يستطيع عليه .

( ج ) عمره الاجتماعى أقل من عمره الزمني ولكنه أعلى من عمره العقلي والتحصيلي وعليه فإن فئة بطيء التعلم تجمع خصائص من أكثر من فئة واحدة : فئة « غير القادر على التعلم » ، فئة « المعوق تربويا » ، فئة « المتخلف دراسيا » . وقد اخترنا فئة « بطيء التعلم على اعتبار أنها الفئة الأكثر انتشارا والأحوج إلى طريقة خاصة في التعلم . في حين أن الفئات الأخرى يمكن أن تتعرض لها من خلال تعرضنا للعوامل المؤدية إلى بطء التعلم .



محل ( ٦ - ٧ ) يدخل الطفل بطيء التعلم

## حجم المشكلة :

تتراوح نسبة بطيئى التعلم ما بين ١٥ - ١٧ أو ١٨ ٪ من تلاميذ المدارس<sup>(١)</sup> ففى كل فصل مكون من ٣٠ تلميذا نجد ما بين ٤ و ٥ تلاميذ بطيئى التعلم ، مع ملاحظة أن هذه النسبة تتغير من مجتمع إلى آخر ( Johnson 1963,p. 9 ) .

إن خطورة هذه الأرقام ليست في عدد بطيئى التعلم بمقدار ما هي في المشاكل التى يواجهها أمثال هؤلاء في المدرسة ، ومدى الإعاقة التى يشكلونها للأطفال العاديين والمدرسين والإدارة المدرسية والآباء والمجتمع بشكل عام .

## تشخيص المشكلة :

إن الكشف عن الأطفال الذين سيكونون بطيئى التعلم لابد أن يكون نقطة البداية حتى تتمكن من مواجهة المصدر الأساسي لهذا النوع من التلاميذ . وحتى تتمكن من التعامل مع المشكلة قبل تفاقمها . ولتحقيق ذلك لابد من استخدام اختبارات الاستعداد<sup>(٢)</sup> *Readiness Tests* الملائمة لبيئة الطفل . ولتحديد المستوى العقلي للطفل لابد من اختبار ذكاء . وتشير البحوث والدراسات إلى أن الطفل بطيء التعلم متأخر في نموه العقلي تأخرا ليس حادا . حيث إن سرعة هذا النمو ما بين ٣ و ١٠ من الطفل العادى ( Johnson, 1963,p. 55 ) .

وللكشف عن مستواه التحصيلي لابد من استخدام اختبار تحصيل *Achievement Test* يبنى من خلال محتوى المواد الدراسية التى من المفروض في الطفل العادى أن يتعلمها . وتشير بعض الدراسات إلى أن الطفل بطيء التعلم سيتأخر عن زملائه في حدود ما بين ٨ شهور وعامين لتعلم القراءة مثلا . إلا أنه سيتعلمها عندما يصل عمره العقلي إلى المستوى الذى يؤهله لتعلمها كما أن هناك مهارات مدرسية لن يكون بإمكانه تعلمها لأنه لن يصل إلى المستوى العقلي اللازم

(١) لتحدد أن هذه النسبة خاصة بتلاميذ المدارس الابتدائية .

(٢) من الأمثلة على هذا النوع من الاختبارات نذكر :

- اختبار الاستعداد . اعداد د . مصطفى فهمي .

- *Gates reading readiness Tests* .

- *Lee Clark Readiness Test* .

هذا<sup>(١)</sup>. ذلك أن نمو العقلي يتوقف مبكرا بالمقارنة مع الطفل العادي . إن تأخر هذا النوع من الأطفال وعدم قدرتهم على مسايرة زملائهم يؤدي بهم إلى الرسوب حتى يصبحوا كبارا بالنسبة لمن هم معهم في نفس الفرقة الدراسية .

أما لتحديد عمره الاجتماعي فلا بد من الاستعانة بأكثر من أداة منها الملاحظة واختبارات التوافق النفسي الاجتماعي Adjustment Tests فبالرغم من أن الكثير من الدراسات تفيد بأن سوء التوافق النفسي والاجتماعي ليس مظهرا خاصا ببطيحي التعلم إنما يمكن أن نجده في كافة مستويات الذكاء ومستويات التحصيل . إلا أن هذا لا يمنع من التأكد من وجودها كمشكلات جانبية يعانيها هذا الطفل .

### مشكلات الطفل بطيء التعلم :

إن تأخر النمو العقلي لهذا الطفل ، وعدم قدرته على مسايرة من هم في مثل سنه في تحصيلهم الأكاديمي ، وكذلك عدم قدرته على اكتساب المعايير الثقافية الخاصة بمجتمعه بنفس سرعة الطفل العادي ، وتخفيفه لآمال والديه الذين كانوا يتطلعون لنجاحه وتحقيقه لمستويات تحصيلية عالية ، وإحساسه بأنه لن يوفق في احتلال مكانة اجتماعية مرموقة ، وأن دوره الاجتماعي سيكون هامشيا لأن النظام الوظيفي في المجتمع يربط بين المؤهل العلمي والوظيفة ... كل هذه العوامل تتضافر في توليد مجموعة من المشكلات هي أعراض أكثر منها أسباب لبطء تعلمه<sup>(٢)</sup> من هذه المشكلات .

١ - مشكلات نفسية اجتماعية : بالرغم من أن الطفل بطيء التعلم له نفس حاجات الطفل العادي سواء منها الحاجات البيولوجية ، أو الحاجات النفسية الاجتماعية ، وبالرغم من دعوة جوزيل إلى ضرورة معاملته كما يعامل الطفل العادي

(١) تفيد بعض الدراسات أن أقصى نمو عقلي يصله الطفل بطيء التعلم هو ما بين ١١ و ١٣ سنة ( Johnson , 1963 , p. 10 ) .

(٢) تتناحل أحيانا أعراض وأسباب هذه المشكلة ، والذي يحسم هذا الموضوع هو التشخيص النقيض والدراسة المعمقة للحالة ، فعدم الفصل بين السبب والعرض سيؤثر سلبا في خطوات العملية العلاجية ، فينصرف المعالج للتعامل مع الأعراض باعتبارها أسبابا ، وغالبا يتعثر الشفاء طالما ظلت الأسباب على حالها .

( Gessell, 1938 ) إلا أنه قطعاً يعيش حالة من الإحباط لا يعيشها الأطفال العاديون . فمصادر الإحباط لديه متعددة ، يعيشها في كل لحظة عندما يقارن بزملائه ، وعندما يقارن معاملة المدرسين له بمعاملتهم للآخرين ، وعندما يقارن بين نظرة أهله له ونظرتهم لأخيه الذى يتفوق عليه . هذه مواقف قطعاً لا يعيشها الأطفال الآخرون . فماذا نتوقع من طفل محبط إلا أن يبحث عن متففس للطاقة الانفعالية التى تولدها وتتممها مواقف الاحباط التى يعيشها . فلا غرابة أن يتجه للسلوك العدواني ، والازعاج ، والسرقة والكذب ، والانضمام إلى العصابات التخريبية .

وقد ينتكس إلى مراحل طفلية سابقة ليردئ مسلكياتها ، فيلتصق أكثر بوالديه ويزداد اعتمادهم عليهم ، يبكى ويفور لأنفه الأسباب ، وقد يفقد ثقته بنفسه وثقته بالآخرين وتضعف لديه روح المبادأة . وقد يتجه إلى العزلة والانطواء والتخجل يجر آلامه النفسية وحيدا بعيدا عن أولئك الذين لم يفهموه ولم يتقبلوه . . مما قد يعرضه إلى اضطرابات نفسية . والشئ الخطر هنا هو ما يقع فيه بعض المعالين هؤلاء الأطفال ، حيث يركزون على هذه المشكلات باعتبارها هي الأساس وينسون أنها ما هى إلا أعراض للمشكلة الأساسية وهى بطء التعلم .

**مشكلات مدرسية :** في دراسة لجوردان ليدل Jordan p, Liddle أجراها على التلاميذ المراهقين الذين تتراوح نسبة ذكائهم بين ٧٥ و ٨٩ وجد أنهم كسولون لا مبالون ، بليدون ، غالبا ما يتسببون في عرقلة النظام المدرسي ، فيتكرر تأخيرهم وغيابتهم عن المدرسة ، ويكونون مصدر فوضى وازعاج للمدرس مما يعطله عن أداء درسه . كما أنه تكثر بينهم حوادث التسرب المدرسي فغالبا ما ينقطعون عن الدراسة قبل التخرج . ( Jordan, 1959 )

**٢ - مشكلات جسمية :** إن الحالة النفسية السيئة التى يعيشها الطفل بطيء التعلم يمكن أن تؤدي إلى بروز مشكلات صحية لديه مثل فقد الشهية ، الصداغ ، آلام في المعدة ، إحساس عام بالضعف ، كما يشكو البعض من ضعف في البصر أو في السمع .... الخ ونؤكد هنا أيضا أن مثل هذه المشكلات هي في غالبيتها عرض وليس علة لبطء التعلم .



## الوقاية والعلاج :

تظل الأسرة بما تقدمه من تشعة اجتماعية لأبنائها هي المصدر الذى يزودنا سواء بالأطفال بطيحي التعلم أو الأطفال العادين والمتفوقين . وعليه فإن الاجراءات الوقائية من هذه المشكلة لابد أن تتوجه أولاً إلى الأسرة لتوعيتها بأساليب التشعة السليمة ، ومساعدتها في توفير أفضل شروط النمو لأطفالها .

وبلى الأسرة في المسئولية المحيطة بالطفل الحي الذي يقطن فيه ، فالحي بما فيه ومن فيه يساهم بدور في نمو الطفل من جميع الجوانب ، فتوفير البيئة الغنية الصالحة للطفل لاشك أنه يساهم في التقليل من هذه المشكلة .

ثم يأتي دور المدرسة التى عليها أن تكشف عن أولئك الأطفال الذين لا يؤهلهم عمرهم العقلي للبدء في عملية التعلم العادى في المدرسة . لتقدم لهم المعارف والخبرات الضرورية لترفع من مستوى خبراتهم بما يمكنهم من التحصيل العلمي بالسرعة الاعتيادية. وذلك أن إهمال هؤلاء الأطفال لسنوات تالية يفاقم هذه المشكلة مما يولد المشاكل الجانبية التى تحدثنا عنها آنفا . كما أن على المدرسة متابعة تلاميذها بيقظة للكشف عن أولئك الأطفال المتأخرين في دراستهم لتقديم العون لهم قبل فوات الأوان . فالمدرس والأخصائى التربوى والمشرف الاجتماعى يتحملون دوراً في هذا الميدان .

أما على صعيد العلاج فيمكن أن نشير إلى التالي :

١ - على الأخصائى النفسى أن يقوم بتبصير الطفل بإمكانياته الحقيقية وبما يستطيع أن ينجزه وبما لا يستطيعه ، ويرسم معه مستوى معيناً من الإنجاز يتناسب وإمكانياته ، فتحقيق النجاح بالنسبة لهذا الطفل مهم جداً وعامل أساسى في جعله يستعيد ثقته بنفسه وثقته بالآخرين .

٢ - ولكي يحقق هذا الطفل نوعاً من النجاح لابد وأن يفهم المدرس إمكانياته فيكلفه بأعباء يمكن أن ينجح في أدائها ، أو يوجه له من الأسئلة ما يمكنه الإجابة عليها ... الخ .

٣ - وفي حالة تعلم بقاء الطفل في الفصل العادى ، ووجود أعداد كبيرة ممن هم مثله يمكن تخصيص فصل لهم كشعبة عادية ، لا يطلق عليها أى اسم ،

ولكن معهد يتدربها لأكفأ المدرسين القادرين على التعامل مع هذه الفئة من الأطفال . ويقدم لهم برنامجا دراسيا معدا خصيصا لهم وقادرا على تزويدهم بالخبرات التي تؤهلهم للعيش في المجتمع . ونعتقد أن البرنامج الدراسي القائم على الوحدات أو المقررات بحيث تناح الفرصة للأطفال لاختيار ما يرغبون في دراسته يمكن أن يفيد كثيرا لأمثال هؤلاء .

٤ - ضرورة معلونة الطفل على حل مشكلاته الشخصية وتعريفه بأساليب التوافق لاطلاعها على مستواه وتوجيهها لما يجب أن تقدمه لابنها ، فتخفف من ضغوطاتها عليه وتمتنع عن تحقيره أو تأنيبه ، وتعامله معاملة عادية فحسب .

٦ - تقديم العلاج الطبي إن لزم الأمر لمواجهة بعض الظواهر المرضية الجسمية والتغلب على الإعاقات السمعية أو البصرية إن وجدت .

#### نموذج من الأطفال بطيئي التعلم :

نعرض فيما يلي ملخصا لطفل بطيء التعلم : ( Ross, 1978, pp. 1 - 3 )  
( فرد ( Fred ) عمره ٩ سنوات ، يعيد الفرقة الدراسية الثانية ، ولكن مستواه في القراءة لم يتجاوز الفرقة الأولى ، يخطيء في قراءة الحرف فيبدل حرف b بالحرف d والعكس بالعكس ، وأحيانا يقرأ الكلمات مقلوبة كأن يقرأ كلمة Top , Pot وحتى لو نجح في قراءة الجمل فإنه يفشل في فهمها . كما أن كتابته تشيع فيها الأخطاء في نفس الوقت لا يواجه صعوبة تذكر في الحساب خاصة عندما تقدم له مسائل الحساب شغوباً .

أبوه يعمل محامياً وأمه مدرسة لغة فرنسية حاصلة على الماجستير في اللغات الحديثة . كانت مشكلة ابنهم مصدراً للإزعاج والإحباط لهما .

في بداية التحاقه بالمدرسة لم تظهر عليه هذه المشكلة سوى أن المدرسة اقترحت تأجيل التحاقه بها بناء على ما بينه اختبار الاستعداد من أنه لم ينضج بعد ولم يصل إلى المستوى الذي يؤهله لبدء الدراسة ، ولكن والديه أصراً على إلحاقه بالمدرسة .

وبعد ستة شهور بدأت بوادر المشكلة حين اقترح مدرسه ضرورة اجراء اختبار ذكاء له . فقام الأخصائى النفسى بذلك وتبين أن نسبة ذكائه ١٠٥ ، وأنه أجاب بشكل جيد على بعض أجزاء الاختبار وبشكل ردىء على اجزاء أخرى . ولاشك أن والديه فوجئا بهذه النتيجة لأنهما كانا يعتقدان أنه لا يقل عن أخيه في الذكاء حيث كانت نسبة أخيه ١٣٠ . ومما أوصى به الأخصائى النفسى أن يعالج فرد من الاضطرابات الانفعالية الناتجة عن تأخره في النضج، وأنه ولا شك سينجح في الفرقة الأولى .

وهكذا لا بد من اجراء الاختبارات النفسية للطفل ، وبينت هذه الاختبارات أنه غير واثق بنفسه ، اتكالى ، لديه بعض المشاعر العدوانية ، ومتهور بعض الشيء ولكن هذه الصفات كلها لم تكن بدرجة كبيرة من الخطورة ، ولا تفسر ضعفه في القراءة ، وعليه اقترح أن يحول لطبيب العيون الذى وجد لديه انحرافا في شبكية العين اليسرى Mild Astigmatism ولكنه لا يشكل أية خطورة على قدرته على الإبصار ، ومع ذلك أجبر الطفل على ارتداء نظارات ، وغالبا ما كان يرفض لبسها ويتشاجر مع والديه من أجل ذلك .

وقد ازداد قلق الوالدين حين استدعتهما المدرسة ، وأخبرهما مدرسه أنه لم يطرأ عليه أى تحسن في القراءة ، وبالعكس فقد بدأ يعارك زملائه ، كثير الحركة لا يستقر في مقعده Hyperactive ونصحهم بمراجعة طبيب أعصاب للتأكد من سلامة دماغه .

لقد صدمت العائلة بطلب المدرس هذا ، وراحت أمه تستعيد في ذاكرتها أحداث طفولته الأولى ، فتذكر أنه وقع ذات مرة على رأسه من عربة المشتريات في أحد المحلات عندما كان عمره ثمانية عشر شهرا ، فهل يعقل أن هذه الواقعة قد آذت دماغه ؟ وحول الطفل إلى أخصائى أعصاب الذى أجرى له الفحوصات اللازمة والتي أثبتت سلامة دماغه . وأفادهم أن لا خوف عليه وكل ما يمكن أن يكون لديه هو اضطراب خفيف في وظائف الدماغ Mineral cerebral dysfunctionx Syndrom نتيجة لعدم تكامل نضجه ، وصرف لهم بعض الأدوية البسيطة التى كان عليه أن يتناولها بمعدل ثلاث مرات في اليوم وكان يتناولها على مريض .

ثم بدأت الأم تلاحظ أن فرد لم يعد يأكل كما كان سابقا ، لم يعد نشيطا  
وبدا يختلفا عن أخيه عندما كان أخوه في مثل سنه .

هل فكر والداه في نقله إلى مدرسة خاصة بمن هم في مثل مستواه  
الدراسي ؟ فالطفل لا هو متخلف عقليا ولا مضطرب انفعاليا ، وبصره ودماعه  
سليمان ، وكل مشكلته أنه جاء من أسرة تمجد التعليم والتحصيل المدرسي .

التعليق :

يبين لنا هذا النموذج التالي :

١ - ما كنا قد أشرنا إليه عند حديثنا عن تشخيص المشكلة والأدوات  
المستخدمة في هذا التشخيص . ( اختبار الاستعداد ، اختبار ذكاء ، اختبار  
نقسي ) .

٢ - إن الملاحظة والاختبارات كلها تشير إلى أنه طفل بطيء التعلم  
باستثناء اختبار الذكاء . مما يدعو الشخص إلى ضرورة التأكد والمراجعة وتطبيق  
أكثر من أداة إذا ما اختلفت النتائج .

٣ - قلق الوالدين جعلهما ينتقلان به من معالج إلى آخر مما يسبب له نوع  
من التوتر والخوف ( النظارات ، تعاطى الأدوية ) ذلك أنهما بدأ يلاحظان  
المشاكل الجانبية ، ولم يحسوا المشكلة الأساسية .

٤ - إن قيم الوالدين نحو المدرسة والدراسة تعميمهم عن رؤية المستوى  
الحقيقي لأبنائهم ، وتحميلهم يتوقعون منهم فوق استطاعتهم .

٥ - لاحظ كيف تتولد المشاكل النفسية الاجتماعية عند الطفل  
( العدوان ، النشاط الحركي الزائد ، كره المدرسة ، العراك مع الوالدين ... ) .

## الإدمان Drug Dependence

الإدمان من أخطر مشكلات العصر<sup>(١)</sup> لما يسببه من تدمير الإنسان :  
جسميا ونفسيا واجتماعيا وأخلاقيا ، وتهدد لاقتصاد الوطن<sup>(٢)</sup> ، وانتشار  
للاخراقات والجرائم والحوادث في المجتمع ، مما جعل هذه المشكلة تقع ضمن  
أولويات اهتمامات الهيئات الدولية والإقليمية .

وقد تفاقمت حدة هذه المشكلة بانتشارها بين الشباب والمراهقين ولم تسلم  
منها المجتمعات المتقدمة ولا السائرة في طريق النمو . وقد أشارت مجلة التايم  
الأمريكية في عددها الصادر في أبريل ١٩٧٩ إلى أن عددا كبيرا من الأحداث يبدأ  
بشرب الخمر في العاشرة ويصل إلى الإدمان في المراهقة ويتعاطى المخدرات  
بالإضافة إلى الخمر . فإذا كان هذا هو حال المجتمعات الغربية ، فيبدو أنه يحكم  
التقليد الأعمى لكل ما هو غريب بدأت هذه الظاهرة تتفشى في مجتمعاتنا العربية  
وتنتشر بين مراهقين وشبابنا . وحيث إن الإدمان مؤشر دال على تدهور الصحة  
النفسية سواء للفرد أو للمجتمع يهنا أن نتناول هذه المشكلة لنبين آثارها  
المدمرة ، وسنبدا بعرض بعض المصطلحات الخاصة بهذه المشكلة لنصل إلى  
تحديداتها . ثم نتناول أسبابها وطرق الوقاية منها وعلاجها .

### تحديد المصطلحات :

العقار : كل مادة تغير وظيفة أو أكثر من وظائف الكائن الحي عند  
تعاطيها .

الاستعمال غير الطبي : هو الإفراط في الاستعمال بصورة متصلة أو  
دورية بمحض اختيار المتعاطي ، دون ارتباط بالاستعمال الطبي المطلوب

(١) الإدمان عرفه الإنسان قديما . فقد استخدم الحشيش في آسيا منذ ٥٠٠٠ سنة . (Henderson 1974)

(٢) يقول تقرير منظمة الصحة العالمية الصادر يوم ١٠ أكتوبر ١٩٨٣ م أنه لو أمكن صرف ثلثي  
ما ينفقه العالم في شراء السجائر أو ما ينفقه على الكحول لأمكن تزويد كل إنسان بأهم متطلباته  
الصحية . (الوطن عدد ٣١٠٢ يطلع ١١ / ١٠ / ١٩٨٣ م)

والمصروف بواسطة الطبيب ، بهدف الشعور بالراحة أو بما يخيل للمتعاظم بأنه  
شعور بالراحة أو بدافع الفضول أو لاستشعاره خيرة معينة . ( الدرماش ،  
١٩٨٢ ، ص ٢٢ ) .

المخدرات : ( أ ) التعريف العلمى : المخدر مادة كيميائية تسبب النعاس  
والنوم أو غياب الوعي المصحوب بتسكين الألم .

( ب ) التعريف القانونى : المخدرات مجموعة من المواد تسبب الإدمان  
وتسمم الجهاز العصبي . ويحظر تداولها أو صنعها إلا لأغراض يحددها القانون ،  
وتشمل : الأفيون ومشتقاته والحشيش ، وعقاقير الملووسة والكوكايين  
والمنشطات . ( الدرماش ، ١٩٨٢ ، ص ٩ ، ١٠ ) .

الإدمان : عرفت هيئة الصحة العالمية WHO سنة ١٩٧٣ الإدمان  
( الاعتماد Dependence ) بأنه حالة نفسية وأحياناً عضوية تنتج عن تفاعل  
الكائن الحي مع العقار . ومن خصائصها استجابات وأنماط سلوكية مختلفة تشمل  
دائماً الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة متصلة أو دورية للشعور بآثاره النفسية  
أو لتجنب الآثار المزعجة التي تنتج عن عدم تناوله . وقد يدمن المتعاطي على أكثر  
من مادة واحدة :

ثم أضيف للتعريف السابق الخصائص التالية :

( أ ) البحث عن العقار والحصول عليه بأية وسيلة .

( ب ) زيادة الجرعة بصورة تدريجية لتعود الجسم على العقار .

( ج ) ظهور أعراض نفسية وجسمية مميزة لكل عقار عند الامتناع عنه  
فجأة .

الكحولية Alcoholism : يعرفها جلينك العالم الأمريكى بأنها : « فقدان  
التحكم في الكمية التي يتعاطاها الفرد وعدم القدرة على الامتناع عن التعاطي  
لفترة طويلة . ( Swison et al 1978 ) .

الاعتماد النفسى : حالة تنتج من تعاطي المادة المخدرة ، وتسبب الشعور  
بالارتياح والاشباع وتولد الدافع النفسى لتناول العقار بصورة متصلة أو دورية  
لتحقيق اللذة أو لتجنب الشعور بالقلق .

**الاعتماد العضوى :** حالة تكيف وتعود الجسم على المادة بحيث تظهر على المتعاطى اضطرابات نفسية وعضوية شديدة عند امتناعه عن تناول العقار فجأة (الدمرداش ، ١٩٨٢ ، ص ٢٢ - ٢٤ ) .

وعليه فإن تناول الفرد أى عقار من تلك التى تسمم الجهاز العصبى وتصل به سواء إلى الاعتماد النفسى أو الاعتماد العضوى أو كليهما معا ، نتيجة لسوء استعماله لذلك العقار ، يخلق منه فرداً مدمناً ، وقد يدين الكحول Alcoholism أو المخدرات Drug Dependence<sup>(١)</sup> ، وإذا ما وصل الفرد إلى درجة الإدمان على عقار ما فإن امتناعه عن تناول هذا العقار يؤدى إلى بروز استجابات وأنماط سلوكية دالة . فما هي هذه الاستجابات ؟ .

### الخصائص السلوكية للمدمن :

رغم أنه لكل عقار استجابات سلوكية خاصة به إلا أننا سنحاول عرض الخصائص بشكل عام نونما حاجة إلى الدخول في التفاصيل الطبية .

(أ) خصائص جسمية : الشنج العضلى ، ارتفاع الحرارة ، سرعة التنفس ، فقدان الوزن ، الاسترخاء ، الدوخة .

(ب) خصائص نفسية : التدهور العقلى<sup>(٢)</sup> ، الهلاوس خاصة هلاوس العظمة ، الأوهام ، فقدان الاحساس بالوقت والمكان ، خلل الحواس ، تقلب الانفعالات ، الأرق ، محاولة الانتحار ، عدم القدرة على التحكم .

(ج) الخصائص الاجتماعية : السلوكيات الاجتماعية Antisocial .  
تكوين عصابات ، العنوانية ، تدهور علاقات الفرد الاجتماعية والمهنية ، تعرضه

(١) أوضحت منظمة الصحة العالمية باستخدام مصطلح Drug Dependence بدل مصطلح

Drug Addiction ( Henderson , 1974 ) .

(٢) يقول دكتور لاurence : أول ما يفقد من وظائف الدماغ بواسطة الكحول هو القدرة على الحكم والملاحظة والانتباه ( Dr : Laurence , 1974 ) وقد يصاب الممن بهالة تعرف بجنون الشراب

Disposomenia بعد فيها تدهر ملاحظا إلى المزيد من الشراب وتصل حالة الكثيرين منهم إلى مرحلة الجنون الكحولى .  
Alcoholic Psychosis and Dementia

للحوادث ، الجرائم .<sup>(١)</sup> إذا كان الإدمان يصل إلى هذه الدرجة من التدمير لصحة الفرد النفسية والجسمية فما هي الأسباب التي تدفع الإنسان إلى درجة الإدمان ؟  
تفسير الإدمان :

هناك عدة تفسيرات لظاهرة الإدمان نذكر منها ما يلي :

( ١ ) التحليل النفسي : ترى هذه المدرسة أن الإدمان وسيلة علاج ذاتي يلجأ إليها الشخص لإشباع حاجات طفلية لا شعورية . ويتم ذلك نتيجة لعاملين : الأول : نكوص الفرد إلى المرحلة الطفلية كحيلة دفاعية لا شعورية في مواجهة مكبوتاته وما يتعرض له من إحباطات والثاني : اضطراب نموه النفسي والجنسي حيث تثبت لديه الطاقة الجنسية في منطقة الفم ويتجلى هذا التثبيت في ظهور صفات دالة عليه منها : السلبية ، الاتكالية عدم القدرة على تحمل التوتر النفسي والألم والاحباط . ويعزو نايت Knight هذا التثبيت إلى تدليل الأم لطفلها ومحاولتها حمايته من أب قاس متناقض مع نفسه في تصرفاته .

وبناء على هذه النظرة يصنف التحليل النفسي المدمنين إلى : Kessel, & Grossman , 1961

١ - غير الناضج : لا يثق في نفسه ، يعتمد كلياً على والديه ، يفشل في تكوين صداقات . يعاني مركب النقص .

٢ - المتفمس في اللذات : يصر على إشباع حاجاته فوراً ودونما حنود .

٣ - المعتل جنسياً : يعاني ضعف الدافع الجنسي أو الحقل الشديد من الجنس أو الشلوك الجنسي .

---

(١) يفيد تقرير منظمة الصحة العالمية WHO الذي نشرته صحيفة الدليل ميل في عددها الصادر أن بحثاً أجرى في ٣٠ دولة بين أن ٨٦ ٪ من جرائم القتل و ٥٠ ٪ من جرائم الاغتصاب والعنف تمت تحت تأثير الخمر ..... ويقول اللورد هاريس : إن الأبحاث التي أجريت على المجرمين في السجون البريطانية تدل على أنهم يمانون من ادمان الخمر بصورة خاصة . ويقرر الأطباء أن هناك ارتباط بين الاستهلاك الكحولي في مجتمع ما وعدد جرائم العنف وحوادث السيارات وكثرة المشاكل الاجتماعية جاء ذلك في تقرير الكلية الملكية للأطباء الصادر في المجلة الطبية عدد ديسمبر



- ٤ - عقابى الذات : يعانى القلق كلما حاول التعبير عن غضبه .
- ٥ - ذى الشخصية المكروية : يعانى الاكتئاب والتوتر والضيق وعدم الأمن في العمل .

#### (ب) المدرسة السلوكية :

تفسر هذه المدرسة الإدمان وفقا لنظرية التعلم فهو سلوك يتعلمه الإنسان على النحو التالي : عندما يشعر بالقلق أو التوتر يتعاطى المخدرات أو الخمر ، فيحس بالهدوء والسكينة . ويعتبر هذا الإحساس بمثابة تدعيم وتشجيع لتكرار تعاطيه هذا ، وشيئا فشيئا يتعلم أنه لإزالة الآثار المزعجة لا متاعه عن تعاطي المخدر لابد من تناوله من جديد . ويربط هذا التعاطي بمثيرات أخرى مثل مجموعة الرفاق ورائحة العقار ، والاعلانات الخاصة به ، والحانة .... الخ . فيكفي توفر أحد هذه المثيرات ليندفع المتعاطي إلى تناول ذلك العقار حتى لو لم يكن يعانى القلق والتوتر . كما أن الرغبة في المحاكاة تدفع أحيانا إلى التعاطي فالطفل الذى يرى أباه يشرب الخمر أو يتعاطى مخدرا وتبدو عليه النشوة يميل إلى تقليده بطبيعة الحال .

ومايشجع على التعاطي أن الآثار السلبية للعقار لا تظهر في الحال حين تظهر آثاره الإيجابية ( الإحساس بالنشوة أو الهدوء والسكينة ) .

إذ يرى السلوكيون أن عوامل القلق والتوتر ، وعامل التقليد ، وما يتركه العقار من آثار جانبية عند بدء تعاطيه هي التى تؤدى بالفرد إلى الإدمان .

#### (ج) التفسير الاجتماعي :

يذهب بعض الباحثين إلى اعتبار تعاطي الكحول أو المخدرات مرحلة أو حيلة اجتماعية ، يهدف صاحبها من ورائها لتحقيق مكاسب معينة ، ويصف هؤلاء الباحثين بعض هذه الحيل التى يمارسها مدمن الخمر .

الحيلة الأولى : المازوشية<sup>(١)</sup> : يضع فيها نفسه في موقف يعرضه لسخط الآخرين وتورثهم عليه ، فيعاقبونه ، ويتلذذ هو لهذا العقاب . كالطفل الذى  
<sup>(١)</sup> الشخصية المازوشية : شخصية مضطربة ، تجد لذة في الطلب والمرمان ، ضعتت الآخرين على إيقاع الأذى بها .

يشرب الخمر لإغاطة والديه ودفعهم إلى معاقبته أو ذاك الذى يشرب الخمر علانية  
تحد للتحريم الديني له ، وكأنه يستنزل غضب الله عليه .

الحيلة الثانية : لعبة « تدمير الذات » : من خلال هذه اللعبة يحصل  
المدمن على المتعة عن طريق المرض . أى أنه بتدمير أنسجته الجسمية<sup>(١)</sup> يجبر  
الآخرين على رعايته .

ويذهب هؤلاء الباحثون إلى أن مثل هذه الألعاب تم بصورة لا شعورية .  
( الدمرداش ، ١٩٨٢ ) . وكأن هؤلاء الباحثين يردون ظاهرة الإدمان إلى دوافع  
لا شعورية ذات أهداف اجتماعية . وهو تفسير الظاهرة بعد حلوثها ولا تقدم  
شيئا عن أسباب نشوئها .

ويحاول الدكتور وليامز البحث عن سبب اجتماعي للإدمان فيقول : « إن  
بلرة الإدمان تنمو بسرعة في تربة الإدمان العائلي » ففسبة المدمنين تصل إلى  
٦٢ ٪ من الذين لهم تاريخ عائلي بالإدمان بينما هي ١٦ ٪ لشاربي الكحول  
العاديين ويؤيده في ذلك د . ستيل وفوجلين ولا مير ( Williams, 1967 ) وهو  
هنا لا يتحدث عن العامل الوراثي ، إنما يتحدث عن تواجد المدمنين من بين أفراد  
الأسرة . فوجود أب مدمن أو أم مدمنة يكون مشجعا للأبناء كي يدمنوا .

ويمكن أن نضيف عوامل التفكك الأسرى واستمرار الصراع والتعاسة في  
البيت والمستوى الاقتصادي السئ للأسرة ، وأحيانا بالعكس ، المستوى  
الاقتصادي المرتفع ( خاصة في مجتمعاتنا العربي ) ، وانخفاض المستوى الثقافي ،  
وأحيانا ارتفاعه ( خاصة في المجتمعات النامية ) ، والتحلل من ضوابط المجتمع من  
دين وعادات وتقاليد . هذه العوامل تساهم في بروز مشكلة الإدمان<sup>(٢)</sup> . وقد  
حدد ماكورد هوية الأسر التي تنتج أبناء مدمنين على الكحول وهي :

(١) يقرر الأطباء أن هناك ارتباط بين استهلاك الكحول في مجتمع معين وانتشار مرض تليف الكبد ،  
( الكلية الملكية للأطباء ، ١٩٧٨ ) .

(٢) ثبت من دراسة ماكورد سنة ١٩٦٠ أن ٩٧ ٪ من الشباب الكحولي ينتمي إلى أسر مضطربة .  
وأثبت سميرت سنة ١٩٧١ أن استعمال أحد الوالدين للعقاقير يوميا يؤثر على استعداد الطفل  
لاستعمال تلك العقاقير ، وأن ٦٠ ٪ من الأطفال يستخدمون نفس العقار الذى يتناوله الأب  
والأم . وقد ثبت أن حرمان الطفل من والده قبل السادسة يؤدي إلى الإدمان على الخمر  
والخفريات .. أثبت ماكورد أن ١٠ ٪ من أطفال الطبقات الاجتماعية المتدنية مدمنون ورد ذلك  
إلى رغبتهم في تكمالية وعدم قدرتهم على إدراك دورهم في المجتمع ( الدمرداش ١٩٨٢ م ) .

● أسر من صفات الأم فيها الأزواجية<sup>(١)</sup> الصريحة والانحراف ، وضعف الاتجاهات الدينية ، مع وجود أب معاد للأم يتهرب من المسؤولية ، ويحترق من شأن زوجته ولا يتوقع من الطفل النجاح .

● أسر تهرب الأم فيها من المسؤولية وميولها الدينية ضعيفة بالإضافة إلى تخاصم الوالدين .

● أسر يدور فيها الصراع بين شخص خارجي والوالدين حول قيمهما ، بالإضافة إلى عدائية الأب وميله إلى التهرب .

● الأسر التي تجتمع فيها صراعات شخص خارجي مع الوالدين بازواجية وانحراف أو تهرب الأم . ( الدمرداش ١٩٨٢ ، ص ٦٠ ) .

#### ( ٥ ) التفسير البيولوجي :

تفترض النظرية البيولوجية لتفسير الإدمان ، نوعين من المستقبلات<sup>(٢)</sup> على غشاء جدار الخلية العصبية ، إحداها يؤدي تفاعلها مع العقار إلى تحويلها إلى مستقبلات دوالية .. والثانية ساكنة لا تتفاعل مع العقاقير . ولكن تكاثر المستقبلات الدوائية تجعل الشخص في حاجة إلى جرعات متزايدة منه . مما يؤدي به إلى الإدمان . فإذا ما توقف تنشيط المستقبلات الدوائية وتؤدي إلى الأرق والقيء والهوسات .... الخ .

إذن ترد هذه النظرية الإدمان إلى فرضية بيولوجية تتصل بمستقبلات الخلية العصبية . وهناك من البيولوجيين من يعتقد أن الخمر والعقاقير تؤدي إلى تغيرات في النشاط الكهربائي في خلايا المخ ونشاط الهرمونات . هذه التغيرات تؤدي بصاحبها إلى الإدمان .

#### ( ٥ ) خصائص العقار المستعمل :

يتدخل التركيب الكيميائي للعقار في وصول الفرد إلى درجة الإدمان بعد ٥ - ١٠ سنوات من الاستعمال المفرط . بينما استعمال المنومات أو المهدئات

(١) الأزواجية هي الشعور بالكراهية والمهبة للشخص في وقت واحد .

(٢) كل عقار يصل إلى الجهاز العصبي بالتصق بجزء من الخلية العصبية يسمى Drug Receptor ويضاهي العقار والمستقبل ويؤثر العقار على المخ والجسم .

تؤدى إليه في خلال شهر . أما الميروين ففي خلال أسبوع أو عشرة أيام كذلك طريقة استعمال المقار ، كالحقن في الوريد ، أو الاستعمال عن طريق الفم أو الاستنشاق .... الخ تتدخل في المدة التي يصل فيها المتعاطي للادمان أضف إلى ذلك سهولة الحصول على المقار ونظرة المجتمع له تساهم في تشجيع الفرد على تناوله ومن ثم الادمان عليه .

**الوقاية :** تتوجه الاجراءات الوقائية بادية ذي بدء إلى :

١ - الأسرة : باعتبارها المكان الأول الذي يتعهد الوليد الإنساني بالرعاية ويفرس فيه المبادئ الأساسية لشخصيته المستقبلية . فإن كان هذا الفرص صالحا فإن الفرد يكون أقلر على مواجهة مشكلات الحياة . ولكي تحفظ الفرد من الانحراف والتوجه نحو المخدرات لابد من :

- توفير الجو الأسرى الهادئ الخالي من المشاحنات والمشاكل . التمسك بالإيجابية بين أفرادها والذي تسوده روح المحبة والتعاطف والتعاون .
- تحمل مسؤولية الوالدية والأمومة من طرف كل من الأب والأم ، وأداء ما تفرضه تلك المسؤولية من واجبات .
- الثبات النسبي في اتجاهات الوالدين الإيجابية نحو الأبناء بحيث يتلافى كل منهما ازدواجية العواطف نحو الأبناء .
- امتناع الوالدين عن تناول الكحول والمخدرات نهائيا وخاصة أمام الأطفال فهما القدوة التي يقلدها الطفل .
- عدم غياب الوالدين عن البيت طويلا وإشعار الأبناء بفهمهم لهم بالتقبل والمودة وقبولهم لهم .
- توفير شروط التنشئة الاجتماعية السليمة للأبناء وذلك :
  - الإشباع المترن للحاجات النفسية والفسولوجية والنفسية .
  - إتمام عملية الفطام النفسي بين الطفل ووالديه بنجاح .
  - تشجيعه على الاعتماد على النفس والاستقلالية .
  - إكسابه القدرة على مواجهة مشاكله بطريقة واقعية وتشجيعه على اتخاذ القرار المناسب .

- تزويده بالتربية الدينية والأخلاقية التي تسفه بشكل خاص الخمر والمخدرات . لابد أن يتعلم أنها محرمة دينيا .
- الضبط المعتدل لسلوكات الطفل .
- إكسابه السلوكات التوافقية اللازمة ليواجه بها ما يصادفه من عقبات .
- حمايته من الاضطرابات النفسية ، وعدم اهمالها مهما كانت بسيطة .

٢ - **جماعات الأصدقاء :** نعى بها رفاق الحي ورفاق المدرسة وزملائه في العمل ، وأصدقاء النادي .. وهؤلاء قد يشكلون المصدر الثاني لحالات الإدمان . وإذا كان من متطلبات النمو الاجتماعي للطفل توفير جماعات ينتمى إليها يمارس معها ألعابه ، وينمي لغته وخبراته الحياتية ، إلا أنه لابد من اختيار الجماعة المناسبة وعدم التهاون في أمر انضمام الطفل إلى جماعات منحرفة فالابتعاد عن أصدقاء السوء يقلل من تعرض الطفل لتجارب غير مرغوب فيها من تناول الكحول أو المخدرات . كما أن انضمام الطفل إلى جماعة من نفس مستوى أسرته الاقتصادي والثقافي والاجتماعي يجعله أكثر انسجاما مع تلك الجماعة وأكثر قبولا لدوره وأقل تعرضا لمشاعر اللونية أو مشاعر التعالي والعظمة .

٣ - **المدرسة :** يمكن للمدرسة أن تقوم بدور في ميدان الوقاية من الادمان وذلك من خلال :

- ما تقدمه من معلومات حول مضار العقاقير التي تؤدي إلى الإدمان عبر دروس العلوم والصحة العامة والتربية الدينية .
- ما تقدمه من ارشادات تربية ونفسية عبر مكاتب الإشراف الاجتماعي والتربوي وقد تكون هذه الارشادات فردية أو جماعية .
- توفير المدرسين الأصحاء جسميا ونفسيا ليكونوا القدوة لتلاميذهم .
- ٤ - **مسئولة الدولة :** تتحمل الدولة مسؤولية كبرى في هذا المجال ، ويمكنها المعلنة في حماية المجتمع من انتشار ظاهرة الإدمان فيه وذلك :
- حماية الأسرة من التفكك بالتشدد في القوانين المنظمة لظاهرة الطلاق .

● حماية الطفولة وتوفير وسائل الترفيه وأماكن قضاء وقت الفراغ ، وتوفير العناية الصحية اللازمة .

● رعاية الأطفال المشردين والاهتمام بهم والاعتناء بدور الإيواء ، وتزويدها بكل ما تحتاجه من متطلبات مادية وكوادر فنية .

● توفير مواطن العمل لكل قادر عليه ، وتأمين الأمن الوظيفي للعاملين .

● تربية مواطن التربية الدينية والأخلاقية الصالحة - عبر أجهزة الإعلام التي تمتلكها الدولة .

● محاربة الرذيلة والعادات الغربية عن ثقافتنا ، المهدة لها بسن القوانين والعقوبات الرادعة حتى تستخدم مع الحالات التي تفشل معها كل الإجراءات التربوية والنفسية .

### العلاج :

تتعدد طرق العلاج تبعاً للمقار المؤدى إلى حالة الإدمان . وسنعرض طرق العلاج بشكل علم دون ربطها بمقار معين .

( أ ) العلاج العضوي : يستخدم فيه الإنعاش إذا كان المدمن في حالة غيبوبة ، وفي منع أعراض الامتناع عن تناول المقار ، وعلاج المضاعفات النفسية والعقلية والجسمية كما تقدم الأدوية<sup>(١)</sup> المنفرة في علاج بعض حالات الإدمان الكحولي .

(ب) العلاج النفسي : يتنوع العلاج النفسي تبعاً لتقدير المعالج للعوامل الكامنة وراء الحالة من هذه الأنواع :

### ١ - العلاج الممرکز حول العميل Client- Centred Therapy

الذى يشمل : ( الدرماش ١٩٨٢ ص ١٢٠ )

● تعليم المدمن الأساليب الصحيحة لمواجهة مشاكله .

● تصحيح فكرته عن نفسه .

---

(١) من الأمثلة على تلك الأدوية : الـ Antidote الأبتيم Abstem الملاجيل Flagyl ( الإدمان الكحولي ) . كما يقدم الليثانون في حالة الإدمان على المورفين .

● تعليمه مواجهة الواقع وتحمل مسئوليات الفشل ووسائل السلوك البديلة غير العقاقير المهدئة أو المنعشة أو الكحولية .

● تفهم مشاكل المدمن وجعله يحس بالدفء العاطفي .

#### ٢ - العلاج الجماعي Group Therapy ويهدف إلى :

● تعليم المدمن أنماط السلوك الاجتماعي وأساليب التعامل مع الآخرين .

● تزويده بالمساندة وتعليمه مواجهة نفسه ومواجهة الغير .

● تصحيح مفاهيمه الخاطئة عن الإدمان .

● تعليمه كيفية اتخاذ القرار من خلال المشاركة الجماعية وهو في حالة

من الوعي .

#### ٣ - العلاج الزوجي Marital Therapy : ويتوجه هذا النوع من

العلاج إلى زوجات المدمنين . ذلك أن شخصية الزوجة وعدم تماسك الحياة

الزوجية من الأسباب التي تدفع بالزوج للإدمان وهذا النوع من العلاج يهدف

لمعاونة المدمن على الشفاء بإعادة تنقية جو العلاقة الزوجية الذي سبب له بعد

خروجه من المستشفى .

#### ٤ - العلاج الأسري Family Therapy : ويهدف إلى تدريب الأسرة

على وسائل الاتصال الصحية والسليمة وإدراك النافع التي أدت إلى حالة

الإدمان .

#### ٥ - العلاج السلوكي Behavior Therapy : ويهدف إلى تعليم المدمن

كراهية العقار المدمن عليه . وذلك بتقديم العقار مقرونا بأدوية أخرى<sup>(١)</sup> تترك

آثاراً مؤلمة لدى المدمن . ويتكرر هذا الاقتران نزول الآثار الإيجابية التي يحس بها

المدمن حين تناوله للعقار . كما يهدف هذا النوع من العلاج إلى تعليم المدمن

الوسائل الصحيحة لإزالة حالة التوتر . كما تعلمه وسائل تأكيد الذات وتحقيقها .

(١) من الأدوية المستخدمة في هذا المجال الأمين أو الأوبورفين التي تسبب النعاس والتقيؤ ، ثم

استبدلت هذه الأدوية بالصدمة الكهربائية . ثم جلسات الاسترخاء التي يطلب فيها تحيل تعاطي

العقاقير في وقت يكون قد تناول الأدوية التي تؤدي إلى القيء . فيترافى الصلح مع التقيؤ .

للاطلاع على المزيد من طرق العلاج السلوكي انظر كتاب الإدمان : مظهره وعلاجه ، عالم

المعرفة ، ١٩٨٢ م للدكتور / عادل الدمرداش . ص ١٢٦ - ١٣٤ .

(ج) **العلاج الديني** : يهدف هذا النوع من العلاج إلى إعادة تربية المدمن وبناء شخصيته على أساس الإيمان المطلق بالعقيدة الدينية ، ومن ثم الاعتراف بينه وبين نفسه أنه ارتكب خطيئة بإمكانه أن يكفر عنها ، وأن باب التوبة مفتوح على مصراعيه . ثم يبدأ بأداء الواجبات الدينية وعلى رأسها الصلاة والصوم ويحضر جلسات ارشادية جماعية تبين فيها آراء الدين بشأن المخدرات والكحول . ويبين فيها المنهج الديني وكيف عالج انتشار الكحول الذي كان سائدا في العصر الجاهلي . ثم يحضر مجالس الذكر التي يترتل فيها آيات من القرآن الكريم وتلى بعض الأدعية .. ثم يشجع المدمن على المشاركة في الأعمال الخيرية ، والألعاب الجماعية الحرة ... الخ .

وأخيرا نود أن تؤكد أن حالات الإدمان تحتاج إلى أكثر من نوع واحد من العلاج لذا لا بد من تكوين فريق عمل يشمل الطبيب النفسي والأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي والمعالج الديني ليتعاون الجميع في علاج هذه الظاهرة .

### التدخين

#### Tobacco Smoking

التدخين من العادات القديمة ، ويقال أن أهالي سان سلفادور قدموا أوراق التبغ هدية إلى كريستوفر كولومبوس ، مكتشف أمريكا ، في ١٢ أكتوبر / ١٤٩٢ . وأن كلمة Tobacco قد تعود إلى اسم أنبوب مزدوج استخدمه الأهالي لاستنشاق السعوط ، أو تكون نسبة إلى مقاطعة توباكوس في المكسيك حيث كان التدخين منتشرا فيها . ( الدرمداش ، ١٩٨٢ ، ص ١٦ )

وانتشرت هذه العادة شيئا فشيئا لتعم مختلف بلدان العالم . وبجارسها الذكور والإناث والصغار والكبار . وتبنى لانتاج التبغ المصانع الحديثة ، وتخصص لزارعته أجود الأراضي ، ويصبح تجارة رابحة وتتحمل الدول تكاليفه الباهظة للدرجة أن الولايات المتحدة مثلا تنفق ٦٠ مليون دولار في كل عام ، والسعودية ٣٦٥٠ مليون ريال سنويا . وقد وصلت تكاليف استهلاك التبغ إلى المستوى الذي جعل منظمة الصحة العالمية WHO تعلن في تقريرها الأخير الذي صدر يوم ١٠ أكتوبر / ١٩٨٣ عن فشل برنامجها « الصحة للجميع » مع نهاية



هذا القرن ، نظرا لعدم توفر المال اللازم لتوفير شروط الصحة للفرد والمجتمع . ويعلم أيضا أنه لو أمكن صرف ثلثي ما ينفقه العالم في شراء السجائر لأمكن تزويد كل إنسان بأهم متطلباته الصحية ( الوطن ، أكتوبر / ١٩٨٣ ) . ويفيد تقرير من بريطانيا أن البلاد تخسر ٥٠ مليون يوم عمل نتيجة لتغيب العمال بسبب الأمراض الناتجة عن التدخين .

والتدخين ليس مشكلة اقتصادية فحسب ، إنما هو مشكلة صحية أيضا . يقول تقرير الكلية الملكية الصادر بلندن عام ١٩٧٧ : إن كمية النيكوتين<sup>(١)</sup> الموجودة في السجارة الواحدة كافية أن تقتل إنسان في أوج صحته لو أعطيت له هذه الكمية بواسطة إبرة في الوريد ) . (الباز ، ١٩٨٠ ، ص ٢٨ ) ، ويقول تقرير منظمة الصحة العالمية الصادر عام ١٩٧٥ أن عدد الذين يلاقون حتفهم أو يعيشون حياة تعيسة من جراء التدخين يفوق عدد الذين يلاقون حتفهم نتيجة الطاعون والكوليرا والجذري والسل .... الخ<sup>(٢)</sup> ويقول الدكتور / كيث أن من بين كل ثلاثة مدخنين واحد منهم سيلاقى حتفه نتيجة التدخين .

وبالرغم من أن التدخين مشكلة اقتصادية آثارها ماثلة للعيان ، وهو مشكلة صحية ثابتة ومؤكدة ، إلا أن الأفراد والمجتمعات لا ينظرون إلى عادة التدخين نظرهم إلى الكحول والخدرات ، إنما في الغالب يتقبلون تلك العادة ويمارسونها دون أدنى تفكير في عواقبها . والذي يهمنا هنا هو أن نبحث عن الأسباب التي تدفع بالفرد لإيذاء نفسه من خلال السجارة ، لنرى ما إذا كان هناك ارتباط بين الصحة النفسية للفرد وتوجهه إلى هذا السلوك . ثم نعرض لطرق الوقاية والعلاج من هذه العادة التي لا شك أنها ضارة بصحة الإنسان<sup>(٣)</sup> .

---

(١) النيكوتين : مادة النجغ الفعالة وهي مأخوذة من اسم سفير فرنسا لدى البرتغال ( جان نيكو ) الذي جرب النجغ وأقنع الناس في فرنسا بهوائه .

(٢) يموت ما بين مائتين إلى ثلاثمائة ألف سنويا بسبب الأمراض الناتجة عن التدخين . ( Mausner et al . 1971 - p . 1 ) .

(٣) أ - أول وثيقة علمية أثبتت أضرار التدخين تقرير أحد المجرحين الأمريكيين الذي نشر عام ١٩٦٤ ، وتقرير الكلية الملكية البريطانية للأطباء سنة ١٩٦٢ ، ١٩٧٧ ، ( الدرداش ، ١٩٨٢ ، ص ٢٥٥ ) .

ب - إن إصرار الفرد على التدخين رغم معرفته الأكيدة بمضاره نوع من الإنكار Denial الذي هو حيلة دفاعية لا شعورية للردء الخطر - كما فسرها فرويد - وبالتالي يكون التدخين دالة على سوء توافق الفرد ( Mausner , 1971 , p . 3 ) .

## أسباب التدخين :

( ١ ) العوامل النفسية : تذهب مدرسة التحليل النفسي الفرويدية في تفسيرها لعادة التدخين إلى نفس ما ذهبت إليه تقريباً في تفسيرها للإدمان الكحولي أو إدمان المخدرات . فالممدخن شخص مضطرب الشخصية تثبت نموه النفسي الجنسي عند المرحلة القمية ، ولذا فهو محتاج إلى وضع شيء في فمه لإشباع الرغبات اللذبة الكامنة لديه ، والتدخين من هذه الأشياء .

ولكن إذا كنا نقبل هذا التفسير للإدمان على العقاقير إلا أنه ليس من السهل أن يقبل بهذا الرأي فيما يتصل بالتدخين ، ولا نعتقد أن هذا التفسير يمثل حجة علمية مقنعة . فليس كل من يدخن هو مضطرب الشخصية بالضرورة . وحتى الآن لم يثبت وجود علاقة بين التدخين والاستعداد للإصابة بالأمراض النفسية .

ونعتقد أن الدافع إلى حب الاستطلاع يمكن أن يكون وراء التجارب الأولى في التدخين ، فبعض الأطفال يبلون التدخين في سن ٥ سنوات واتضح من دراسات أجريت في الولايات المتحدة وأوروبا أن ٣٠ ٪ من البالغين المدخنين بدأوا هذا الفعل من سن ٩ سنوات ، وأن ٨٠ ٪ من الأطفال الذين يدخنون بانتظام يستمرون في التدخين عندما يكبرون ( الدرماش ، ١٩٨٢ ، ص ٢٦٥ ) .

كما أن رغبة المراهق<sup>(١)</sup> في الاستقلال عن البيت والمدرسة تدفعه إلى سلوكيات يعتقد أنها مظهر من مظاهر الرجولة ، والتدخين هو أحد هذه المظاهر .  
( Henderson, 1974 )

( ب ) العوامل الاجتماعية : يذهب بعض الباحثين إلى أن تدخين الوالدين والمدرسين ورفاق اللعب يشجع الحدث على مجازاتهم وتقليدهم ، فهو يربط بين التدخين والنضج والحرية والجازبية التي يتمتع بها الكبار أو الرفاق المدخنون . كما أنه يشعر بالرغبة في التوحد مع مجموعة الرفاق والانتماء لهم من خلال مشاركتهم

---

(١) تشير بعض الدراسات إلى أن التدخين مرتبط بالتغيرات التي تطرأ على سلوكيات الفرد أثناء انتقاله من مرحلة الطفولة إلى مرحلة المراهقة حيث يبدأ بممارسة قيادة السيارة ، وببني علاقات جنسية غرامية ، ويتناول الكحول والمخدرات ، ويتخذ القرار بماله وإرادته .. الخ ( Mantuner , 1971 ) .

ما يؤدونه من طقوس ومنها التدخين وإلا يُعَذَّب ويُخرج عن قانون الجماعة .  
لهذا تعتبر المدرسة السلوكية أن ثناء الرفاق يعد عاملا تدعيميا لسلوك التدخين  
يدفع بالفرد إلى معاودة هذا الفعل رغم ما يحس به المبتلىء من غثيان وسرعة  
دقات القلب ودوخة<sup>(١)</sup> .

ويؤكد هذه العوامل أحد الباحثين الذي يرى أن هناك أربعة عوامل ترفع  
نسبة التدخين بين النشء إلى ٧٠ ٪ وهذه العوامل هي : « عدد الأقران  
المدخنين ، تساهل الوالدين ، عدم الاكتراث أو الخوف من الإصابة بسرطان  
الرئة ، وأخيرا الرغبة في الظهور بمظهر البالغين » . ( الدرماش ، ١٩٨٢ ،  
ص ٢٦٥ ) .

(ج) العوامل الجسمية : إن تعود المدخن على نسبة تركيز معينة لمادة  
النيكوتين في جسمه يدفعه إلى تعاطيه حتى يتلافى الآثار السلبية التي تنتج عن  
نقص هذه النسبة من مثل : اضطراب النوم ، عدم الاستقرار والعصبية وسرعة  
الإثارة ، وضعف التركيز والصداع وهذا هو التدخين الإدماني<sup>(٢)</sup> .

وحيث إن جرعات صغيرة من النيكوتين تنشط المخ وتنبه الجهاز العصبي  
فإن المدخن يلجأ إلى هذا الفعل لمساعدته في التفكير والتركيز في المواقف المجهدة  
أو يساعده على المثابرة على الأعمال المملة . ولكن الجرعات الكبيرة تهبط المخ  
وتشل أو تعطل الجهاز العصبي عن أداء وظيفته بشكل ملائم .

#### التدخين والصحة النفسية :

لقد بات واضحا مما تقدم أن للتدخين آثارا صحية وضارة من خلال  
ما يسببه الاقراط فيه من أمراض جسمية خطيرة ، وأن لجوء الفرد له تحت أمة

---

(١) هذه الأعراض نتيجة لتسرب مادة النيكوتين الكاثية في النغ إلى جسم الإنسان ومن الظواهر التي  
يسببها : ارتفاع ضغط الدم ، القلال إدرار البول ، فقد الشهية ، زيادة إفراز اللعاب والعرق ،  
سرعة تغير الدم ، وسهولة تكون الجلطة .  
أما أول أكسيد الكربون الناتج عن احتراق الفحم غير الكامل فيؤدي إلى الإصابة بصلب  
الشرايين أما القطران الكاثن في النغ فيسبب سرطان الرئة .

(٢) أدرجت منظمة الصحة العالمية النغ ضمن المواد التي تؤدي إلى الإدمان ويلعب الدكتور /  
مايكل راسل من معهد الموزل للطب النفسي في إنجلترا « أن تدخين السجائر في أغلب الأمور  
من أكثر أنواع السلوك الإدماني التي عرفها الإنسان » ( الدرماش ، ١٩٨٢ ، ص ٢٦٨ ) .

حجة لا يعبر عن اختيار واع مسئول أكثر من تعبيرة عن تقليد أعمى ومحاولة غير سليمة وغير حقيقية لتحقيق أهداف يصبون إليها .

ومن هنا فإن التدخين يؤثر سلباً على صحة الفرد النفسية ويوقعه في مشاكل جسمية واقتصادية هو في غنى عنها . هنا من ناحية ، ومن ناحية أخرى فهو مؤثر على أن صاحبه لم يتعلم الوسائل الأفضل لتحقيق أهداف نموه المشروعة من اثبات لذاته وتأكيدا وتحقيقها في النهاية ، ولم يتعلم أن الحرية والاستقلالية عن الوالدين لا يمكن أن تتحقق بهذا المظهر الخادع الذي هو التدخين ، فهو بالتالي لم يكتسب السلوكات التوافقية الحسنة ، مما يشير إلى خلل أكيد في صحته النفسية وإن لم يصل في حدته إلى ما وصل إليه حال مدمني المخدرات والكحوليين .

### الوقاية :

على ضوء ما ذكرناه من عوامل تدفع إلى التدخين . يمكننا اقتراح الوسائل الوقائية التالية :

١ - الحرص على أن نقدم لأطفالنا القدوة الحسنة فنقلع نهائياً عن التدخين سواء كنا آباء أو مدرسين . وإلا نقد الأمور بأن نلجأ إلى عدم التدخين أمامهم فقط ، فغالبا ما يستكشفون ذلك مما يؤدي إلى اهتزاز الثقة بيننا وبينهم ويدفعون إلى ممارسة هذا الشيء المنوع .

٢ - إن ارتباط عملية التدخين بالمواقف الصعبة كأن يدخن الكبير عندما يكون متوتر عصيبا ، أو عندما يواجه مشاكل معينة ، يترك انطباعا لدى الأطفال أن التدخين وسيلة لحل المشاكل وتهدئة الأعصاب الناتجة مما يشجعه على بداية تجربته في التدخين .

٣ - إن إكساب الأطفال الوسائل التوافقية الناجحة ، يساهم في عدم اختياره للتدخين كوسيلة هروبية أو توافقية غير ناجحة .

٤ - إن عدم تساهل الوالدين مع أطفالهم في هذا الموضوع يعتبر عاملا منفرا لهم يقوى الآثار السلبية لتجربة التدخين الأولى ، فيزداد الأمل في ألا يعلود الطفل تلك التجربة .

٥ - عدم التساهل في نوعية جماعة اللعب التي يتدبج فيها الطفل فلا بد من إبعاده عن جماعة المدخنين .

٦ - تزويده بالمعارف عن الأخطار التي يسببها التدخين وذلك من خلال أجهزة الإعلام والدروس المدرسية ، وخطب يوم الجمعة في المساجد .

٧ - تعليم الأطفال أشكال التعبير عن مظاهر الرجولة والنضج ، عله يتبدد التدخين كأسلوب تعبيرى عن هذه المظاهر .

### العلاج :

أما علاج المدمنين على التدخين فيتم عبر العيادات الخاصة بذلك ، ويشمل :

( أ ) الإقلاع الفجائي والنهائي : ويمكن للمدخن أن يصل إليه بإبعاده عن المدخنين ، وممارسة الرياضة البدنية ، وإشغال يديه بوسائل التسلية التطريز للمدخنات والرسم والتحت أو التجارة بالنسبة للمدخنين .

( ب ) الجماعات العلاجية : تعقد هذه الجماعات جلسات مسائية تشمل برامجها المحاضرات والمناقشات الجماعية وتلاوة الترانيم الدينية وتناول غذاء خاص وأداء تمارين التنفس والاسترخاء العضلي ... الخ .

( ج ) العقاقير : تمكن طبيب سويدي من علاج المدمنين على التدخين باستخدام الملك الذى يحصى على النيكوتين ( نيكوريت ) وقد وجد د . راسل أن ٣٨ ٪ من بين ٦٩ حالة قد نجح معها مثل هذا العلاج وتوقفت عن التدخين لمدة سنة . ( الدر داش ١٩٨٢ ص ٢٧٤ ) .

ويمكن للطب أن يقدم المهندات البسيطة كالفاليوم ، والليبريوم بمجرعات صغيرة ولمدة محدودة كمساعدة المقلع عن التدخين في التغلب على آثار الامتناع في بداية الأمر .

( د ) العلاج السلوكي : يعتمد هذا النوع من العلاج على نظرية التعلم الشرطي التي تفترض أن التدخين استجابة متعلمة ارتبطت بمواقف معينة وبالتالي يمكن إزالة هذه الاستجابة إذا ما أوجدنا نفس المواقف مقرونة بخبرات مؤلمة .

مثلا : يطلب من المدخن إشعال السيجارة وتدخينها والاستنشاق كل ٦ ثوان ويستمر في ذلك إلى أن يشعر بجفاف الحلق الشديد ، وخرقان اللسان ، واحتقان الحلق ، والغثيان ، والدوخة ، واحتقان الوجه ، والصداع ، إلى أن يطلب هو التوقف وبعد ذلك تبدأ مناقشة مضار التدخين وتوجيهه وتشجيعه على التخلص من هذه العادة . ( الدمرداش ، ١٩٨٢ ) .

كما يمكن استخدام أسلوب « التطمين المتدرج » وذلك بتخيل المدخن المواقف التي يعتقد أنها تدفعه إلى تناول السيجارة ، وهو في حالة من الاسترخاء وكلما تخيل الموقف وتوترت أعصابه يطلب إليه العودة إلى حالة الاسترخاء وهكذا وتهدف هذه الطريقة إلى تفريغ الشحنة الانفعالية لتلك المواقف التي تدفع به إلى التدخين . ( إبراهيم ، ١٩٨٠ ) .

### الشخصية السيكوباثية

#### Psychopathic Personality

السيكوباثية من المشكلات النفسية الاجتماعية والاقتصادية التي تواجه الأسرة والمدرسة والمجتمع ، وهم علماء النفس والاجتماع والتربية ورجال القانون والأمن لما تتركه من آثار سلبية ضارة بالفرد والمجتمع ، ولما تسببه من تهديد للصحة النفسية ، وهدر في رأس المال البشري . وسنحاول توضيح جوانب هذه المشكلة بتعدد أعراضها وأسبابها وأهم طرق الوقاية منها وعلاجها .

#### تطور المصطلح :

منذ عام ١٨٣٥ م أشار الطبيب البريطاني بريتشارد Prichard إلى وجود حالات مرضية لا يمكن تصنيفها ضمن المصطلحات المعروفة آنفذ في الطب النفسي . لذا أطلق على هذه الحالات اسم الخبل أو البله الأخلاقي Moral Insanity أو Moral Imbecile وقد وصفها بأنها نوع من الاضطراب العقلي يلى معه صاحب وكأنه معوق عقليا ، أو مصاب بصدمة في دماغه Brain Damage غير قادر على الضبط الذاتي لسلوكاته ، فتتدرج تبعا لذلك أعماله اليومية والحياتية .

وفي عام ١٨٩١ وسع كوخ Koch مجال « الخبل الأخلاقي » فأضاف إلى ما ذكره بيرتشارد بعض الحالات الخفيفة من الهستيريا والوسوس . ومنذ ذلك الحين بدأت تظهر في لغة الطب النفسي مصطلحات أخرى مترادفة تجمع تحتها جميع الحالات التي لا تصنف في إطار الاضطرابات النفسية Neurosis أو الاضطرابات العقلية Psychosis<sup>(١)</sup> .

وفي عام ١٩١٥ أدخل كروكين مجموعة الأفراد الذين يقفون على أبواب اللذهان Borderline ضمن الحالات التي ذكرها كوخ . وفي عام ١٩٢٣ اقترح شنيذر مصطلحا جديدا لتلك الحالات هو : إعاقة ذات أصول وراثية<sup>(٢)</sup> .  
( Constitutional Defect )

أما في السنوات الأخيرة فإن أكثر المصطلحات استخداما هي :

الشخصية السيكوباثية ، الجناح Delinquency السوسيوباثية  
Sociopath الاستجابية المضادة للمجتمع Antisocial Reactions  
Dyssocial reactions . استجابات الانفصال عن المجتمع وسنقصر عرضنا  
هنا على موضوع الشخصية السيكوباثية فقط :

أعراضها :

يعرف هنلرسوس وجيلبس Henderson and Gillepsie السيكوباثيين بأنهم غير العاديين منذ الطفولة المبكرة ، سواء في استجاباتهم الانفعالية أو سلوكياتهم العامة . ولكنهم لم يصلوا إلى درجة من الحدة تجعلهم ينرجون في عداد المرضى أو المتخلفين عقليا .

(١) من هذه المصطلحات نذكر : Constitutional Psychopathic Inferiority -

- Constitutional Psychopathic State

- Emotional Inferiority .

- Psychopathic State .

- Psychopathic Inferiority .

(٢) ثم ظهرت مصطلحات أخرى مثل : Character disorders -

- Moral Feeble - mindeness .

أما هنري Henry فيتفق مع زميله في الاضطراب الانفعالي ، كعرض من أعراض السيكوپاثية ولكنه يرفع من حدة هذا الاضطراب ليصل إلى معاناة الإحساس بالنقص المرضي Psychopathic Inferiority مما يدفعه في الغالب لرفض قوانين وضوابط المجتمع . ومما يزيد الأمر سوءاً أن هذا الفرد غير القادر على ضبط دوافعه أو الاستفادة مما يتعرض له من خبرات كما أنه لا يملك القدرة على الاستبصار .

ويرى مونيس Munice أن السيكوپاثي يعاني اضطرابات في النمو ، دون تحديد ناحية معينة ، وتأخراً في الذكاء ، وعدم الاتزان والانسجام بين مكونات الشخصية .

أما ستريكر وايو Strecker and Ebaugh فيرونه غير القادر على مواجهة مطالب بيئته أو الاستفادة من خبراته أو الالتزام بأخلاقية المجتمع ( Hunt, 1944 , pp.922 - 923 ) .

إن هذه التعريفات في مجملها تمكس التذبذب في تحديد هذه المشكلة خاصة في بدايات هذا القرن ، حيث لم يتفق الباحثون على أعراض معينة ومحددة للشخصية السيكوپاثية وكل ما يمكن أن نخرج به من هذه التعريفات أن السيكوپاثي يعاني صعوبات في توافقه الاجتماعي والانفعالي . ولهذا نشطت الدراسات في هذا الميدان وتصلت المؤسسات الدولية المهمة بهذا الموضوع لتحديد أعراض هذه المشكلة .

وباستقصاء البحوث<sup>(١)</sup> التي قارنت بين شخصيات العاديين وشخصيات السيكوپاثيين نجد أنها قد توصلت إلى أربعة فروق رئيسية تميز الشخصية السيكوپاثية وهي :

١ - ضعف الضمير واختفاء مشاعر الذنب والفشل في اكتساب الضوابط الداخلية .

---

(١) للاطلاع على أمثلة من هذه البحوث يرجع إلى :

- Suinn R. M. Fundamentals of behavior Pathology , John Wiley & Sons Inc . , 1970 PP. 176 .  
- Butcher J.N. Abnormal Psychology , Brooks / Cole Publishing Company , 1971 , PP . 49 , 51 .



٢ - البطء في بعض أنواع التعلم خاصة التعلم الذى يحتاج للوعي بمعايير وقيم المجتمع .

٣ - مواجهة الإحباط بالاندفاع والعنوان دون حساب النتائج .

٤ - ضعف المشاركة الوجدانية والعجز عن تقدير مشاعر الآخرين ( إبراهيم ، ١٩٨٠ ص ٤٧ ، ٤٨ ) .

وفي عام ١٩٦٨ وضعت الجمعية الأمريكية للطب العقلي American Psychiatric Association التعريف التالي لما أسمته Inadequate Personality وهو مرادف للشخصية السيكوباثية ويتميز السلوك السيكوباثي بعدم الكفاءة ، عدم القدرة على التكيف ، عدم الثبات الاجتماعي ، عدم المشاركة الوجدانية انخفاض القدرة على التحمل جسميا ونفسيا ، لا يعاني أية إعاقة جسيمة أو عقلية ، اللامبالاة والسلبية ( Butcher, 1971, p. 48 ) .

إذا كانت هذه هي سمات الشخصية السيكوباثية ، فإن صاحبها بعيد كل البعد عن متطلبات الصحة النفسية والتي أولها التوافق المشروع مع ذاته ومع بيئته فهذا الفرد عدو للود لكل ما يحيط به ، لا يردعه وازع من ضمير أو عقاب يفرضه القانون ، فهو بالتالى ليس خطرا على ذاته إنما هو خطر على الآخرين ، غالبا يكون إرادته ولهذا فهو أقرب إلى المضطربين منه إلى المجرمين ، فهو أحق بالرعاية والعلاج منه بالعقاب ، فما هي الأسباب التى تدفع ببعض الأفراد ليكونوا بهذا الشكل .  
أسباب المشكلة :

٩ - العوامل النفسية : ترد مدرسة التحليل النفسي السيكوباثية إلى توقف النمو النفسي الجنسي للطفل عند مرحلة تكون « الهو » أو « اللاشعور » بمحتوياته من غرائز بدائية لا يهتما إلا بتحقيق الإشباع اللئلى دونما مراعاة للقوانين والعادات والتقاليد وآداب المجتمع . وهذا التوقف يمنع تكون « الأنا الأعلى » أو الضمير الذى يردع الفرد ويمنعه من الانسياق وراء دوافعه البدائية ، ويفرض عليه ضرورة الالتزام بالضوابط الاجتماعية والأخلاقية والدينية . ويعزو التحليل النفسي هذا التوقف في النمو إلى نبذ الوالدين للطفل وتعرضه للمواقف المحبطة ، مما يتعلم معه وجود علاقة تفاهم وقبول ومودة بين الطفل والديه . ويترب على هذا

الوضع بروز قلق داخلي لدى الطفل يوجه طاقته الانفعالية نحو السلطة الوالدية أو أية سلطة تشبهها كسلطة المدرس في المدرسة أو سلطة الشرطي أو سلطة رب العمل .. الخ وتخرج هذه الطاقة إلى حيز الفعل على شكل عدوان وتدمير للجوانب المادية والمعنوية لحضارة المجتمع . وقد يصل به الحال إلى ارتكاب جرائم القتل والاغتصاب والسرقة ... الخ وقد أيدت وجهة نظر التحليل النفسي العديد من الدراسات مثل دراسة Red عام ١٩٥٧ حول الأطفال الذين يكرهون Children who hate ودراسة Greet عام ١٩٦٤ . ( Suinn, 1970 ) .

وتكاد الكثير من الدراسات تتفق على أن تعرض الطفل للصراع والاجاباط والتوتر والقلق والانقباض والحرمان العاطفي وانعدام الأمن والخبرات المؤلمة وعدم اشباع الحاجات ، وتكوين مفهوم سالب للذات والضعف العقلي كلها يمكن أن تساعد في إيجاد الشخصية السيكوباتية . ( زهران ، ١٩٧٨ ، ص ٥٢٨ ) .

٢ - أساليب التنشئة الاجتماعية : إن أسلوب التنشئة الاجتماعية الذي تتبعه الأسرة في تربيته لأطفالها والقائم على الإفراط في اللين والرعاية والحماية وعلى العكس الإفراط في القسوة والعقاب والتفرقة في المعاملة واللامبالاة والإهمال والرفض ، والفشل في تعليم القيم والمعايير الاجتماعية ، كل ذلك يساهم في بناء بعض مكونات الشخصية السيكوباتية .

فقى دراسات لبارترج Partridge ( ١٩٢٨ ) ومكورد ومكورد Mackord and Mackord تبين أن نبذ الطفل Parent Rejection. وخاصة من الأم يعتبر من العوامل في بروز تلك الشخصية . وفي دراسة لبندر Bender ( ١٩٤٧ ) وجد أن الحرمان العاطفي والإهمال خاصة في السنوات الثلاث الأولى من العمر تساهم في انحراف الأطفال وقد أشار علماء نظرية التعلم الاجتماعي أمثال بندورا Bandura. وولتر Walter ( ١٩٥٩ ) إلى أن السلوك السيكوباتي يتعلمه الطفل من خلال التقليد لنماذج الآباء السيكوباتيين الذين لديهم اتجاهات متناقضة ولا يقيمون وزنا للسلطة أو القانون<sup>(١)</sup> ( Mussen, 1970, p.567 ) . كما أشار إلى أن قلة حظ الوالدين من الحنو والمحبة أو شدة ميلهم إلى العقاب ،

(١) تنبئ ميشيل أرحال من أكسفورد بريطانيا نظرية مفادها أن الأطفال يرحلون بوالديهم بدرجة معينة بمعنى أنهم يتخلون من الآباء نماذج يحاكونها ويقتدون بها . ( لرجايل ، ١٩٧٨ ) .

والرفض ، أو أن يكونا غير متطبعين التطبيع الاجتماعي المناسب ، كل هذا يؤدي إلى فشل التطبيع الاجتماعي للطفل ويؤثر ليكون سيكوباتيا ( Suinne 1970 ) .

٣ - العوامل العضوية : إن وجود عاهات جسمية أو تشوهات خلقية قد يخلق لدى الفرد إحساس بالنقص فليجأ إلى التعويض عن هذا النقص من خلال السلوكات الضارة بالمجتمع وكأنه يريد أن ينتقم لعاهته ، أو يقول للناس بصوت مرتفع إني أقوى منكم رغم عاهتي .

وهناك دراسات للسجلات الكهربائية للمخ للأفراد السيكوباتيين نزلاء مستشفيات الأمراض العقلية ، منها دراسة أيرخ وكينج ( Ehrlich & Keogh عام ١٩٥٦ حيث وجد أن ٨٠ ٪ منهم أظهروا رسما غير عادي (suinne, 1970, p.275) وفي نفس العام أجريت دراسة على عينة من ٦٢٣ سيكوباتيا قام بها ( Schwarde & George ) ثبت خلالها أن ٤٥٣ أهدوا أنماط غير عادية في الرسم الكهربائي . وبناء على هذه النتائج افترض هؤلاء الباحثون أن الشخص السيكوباتي يعاني عجزا في التصحح الفسيولوجي ، وسوء التكامل في القشرة الخفية واختلال التوازن الحيوي أو الهوميوستازي .

ويعلق سوين على هذه النتائج بقوله : ولكن الفحص الدقيق للبيانات والتقارير توصلنا إلى النتيجة الأكثر حيطة والقاتلة : أن بعض السيكوباتيين لا كلهم تصدر عنهم تصرفات غير عادية بسبب خلل أو تلف عضوي وربما كانت الملامح السيكوباتية الشائعة والتي يمكن أن نرجعها إلى عوامل نيورولوجية هي : الاعتداءات البدنية ، القابلة للتهدئة ، القابلة لتبشيت الانتباه ، قلة الاستقرار ، سوء سيطرة المرء على نفسه ، صعوبة تكيف الفرد للقيود الروتينية ( Suinn, 1970, p. 77 ) .

٤ - العوامل الوراثية : يذهب البعض<sup>(١)</sup> إلى أن للوراثة دور في السيكوباتية معتمدين في رأيهم هذا على :  
● ظهورها في مرحلة طفولية مبكرة .

---

(١) أ - من المؤلفين عن دور الوراثة Kahn وذلك لأنه لم يميز بين المضطرب نفسيا ( العصاني ) والسيكوباتي ( Hunt , 1944 , p . 922 )

- وجود عدد أكبر من أفراد عائلة السيکوبائي سيکوبائيين أيضا .<sup>(١)</sup>
- مقاومة السيکوبائي للعلاج .

ويرد المعارضون للوراثية بأن هذه الحجج كلها لا تثبت دور الوراثة ذلك أن تأثير التنشئة الاجتماعية يبدأ بعد الميلاد ، وأن الأنماط المتعلمة من السلوكيات يمكن أن يستمر طوال الحياة ، وأن التقليد هو الذى يحدد هذه الحالات . في الأسرة الواحدة لا الوراثة ، وأن مقاومة العلاج ليست وفقا على هذا النوع من الانحرافات .

ومهما يكن من أمر فإن كان للوراثة دور فإن دورها يتمثل ربما في جوانب أخرى أهمها الجانب العقلي والجانب التعليمي ، فهي تزود الطفل باستعدادات التعلم والاكتساب .

### الوقاية :

لما كانت السيکوبائية دالة على نوع من السلوك قد يصل في سوء توافقه إلى ما يصل إليه سلوك كثير من المضطربين عقليا ، ويمثل عرقا للقاتون الخلقى السائد في المجتمع . وحيث إن السلوك هو نتاج التفاعل بين مكونات الفرد العضوية ومكونات البيئة ، فإن لطرق التنشئة الاجتماعية المتبعة في الأسرة دورا رئيسيا في خلق تلك الشخصية . وعليه لابد من الإشارة إلى بعض الإجراءات التي قد تفيد في هذا المجال ، وتحول دون بروز هذا الخلل في شخصية بعض الأفراد .

١ - توفير التنشئة الاجتماعية السليمة للأطفال داخل الأسرة أولا بحيث تستجيب لمطالب النمو في كل مرحلة من مراحله . وهذا لا يتم إلا بالرفع من المستوى الثقافي للوالدين ، وتزويدهم بالمعلومات الكافية في هذا المجال عبر وسائل الإعلام المختلفة ، وتوفير المستوى الاقتصادي المعقول حتى لا يعيق البحث عن لقمة العيش والذى الطفل عن الانتباه إلى تربيته أو يدفعهم إلى إهماله .

(١) من دراسة التوائم المتطابقة وغير المتطابقة وجد أن نسبة انتشار الانحرافات السيکوبائية بين الصنف الأول ٢٥ وبين الصنف الثاني ١٤ . وهذا من الحجج التي يسوقها أنصار الوراثة ( كاشدان ، ١٩٧٧ ) .

٢ - إن تكوين الضمير الجمعي لدى الطفل من ضروريات تنشئته الاجتماعية فيلونه لا يستطيع ضبط دوافعه ، ولا يمكنه الالتزام بقوانين المجتمع أو احترام ما فيه من عادات وتقاليده . وهذا لا يتم إلا من خلال التربية الدينية التي تزوده بمعايير محمده ، للحلال والحرام ، والحسن والقيح والخير والشر ، وتقرس في نفسه الخوف من الله ومراقبته له في كل فعل يؤديه . وتعلمه التكافل والتضامن الاجتماعي والذي يلخصه الحديث الشريف « أحب لأخيك ما تحب لنفسك » ، وترسم له حدود حريته وتبين ما له من حقوق وما عليه من واجبات .

٣ - توفر الحنان والعطف والأمن والانتماء خاصة في مراحل النمو الأولى فهي الزاد النفسي الذي سيتغذى عليه عندما يكبر ، واشعاره بأنه مقبول في الأسرة ، وبناء علاقات تتسم بالانفتاح والود والصدقة لأن نمط العلاقات الأسرية هو الأساس لعلاقاته الاجتماعية خارج الأسرة .

٤ - حماية الأسرة باعتبارها الخلية الأساسية للمجتمع ، حمايتها من الانهيار ومنع الرجل من استخدام حقه في الطلاق إذا ترتب عن ذلك الحق تفهيت بنيان الأسرة وتشريد أطفالها . كذلك حماية الطفولة في حالة تفكك الأسرة وتوفير الرعاية اللازمة للأطفال المشردين والأيتام .

٥ - اهتمام المدرسة بمعالجة مشكلات تلاميذها أول بأول بحيث لا تراكم هذه المشاكل وتؤدي إلى لجوء أصحابها إلى حيل دفاعية هروبية بدلاً من المواجهة الموضوعية لتلك المشكلات .

٦ - الاهتمام بمعالجة العيوب الخلقية والتشوهات الجسمية لما يمكن أن تتركه من آثار نفسية سلبية لدى الطفل . وكذلك المعالجة المبكرة لأية ظاهرة قد تكون أسبابها نيورولوجية .

٧ - محاولة التنبؤ المبكر بظهور مشكلة السيكوباتية ، وذلك باستخدام مقاييس القابلية للانحراف السلوكي حتى تتمكن من اتخاذ الإجراءات الوقائية قبل تفاقم المشكلة .

## العلاج :

ساد الاعتقاد لفترة طويلة أن هذه الظاهرة لا علاج لها سوى العقوبات التي تحددها القوانين والمتمثلة في جملتها في عزل السيکوباثي عن المجتمع باعتباره مجرماً لابد من حماية الناس من شروره . ولهذا كانت السجون هي في الغالب مأوى هؤلاء ، وقد نجد نفراً آخر منهم في مستشفيات الطب النفسي يدخلونها ثم يغادرونها بسرعة بعد أن ثبت لهم أنهم ليسوا مضطربين عقلياً ليعودوا إلى سجونهم الأولى داخل المجتمع .

إلا أن هذه النظرية بدأت تضعف ، خاصة مع تقدم تقنيات العلاج النفسي ، ومع المناداة بضرورة معاملة السيکوباثيين باعتبارهم ضحايا تنشئة اجتماعية مضطربة لا مجرمين ولا ذهانيين وأن الأمل في إصلاحهم ممكن وأن إمكانية تحسين المجتمع من ظهور أمثالهم فيه أيضاً ممكن . في هذا الإطار صار بالإمكان الحديث عن بعض طرق العلاج التي يمكن أن تؤدي نتائج إيجابية مع هؤلاء الأفراد ، رغم اعتقاد البعض بعدم قابلية الشخصية السيکوباثية للتعديل والتطوير بأساليب العلاج النفسي والطبي والاجتماعي ، بحجة أننا عاجزون حتى الآن عن تحديد الأسباب الحقيقية لهذه المشكلة ، وفيما يلي بعضاً من هذه الطرق العلاجية :

١ - العلاج النفسي : يهدف هذا العلاج إلى محاولة تصحيح سلوك السيکوباثي وتعديل مفهوم الذات لديه ، وحل الصراعات ، وإزالة مصادر التوتر والقلق واشباع الحاجات النفسية والاجتماعية . وقد يتخذ هذا العلاج الأسلوب الفردي أو الجماعي ، ويعتمد النجاح فيه على إيجاد علاقة نفسية شخصية بين المعالج والسيکوباثي ، يلي ذلك عرض نماذج من السلوكات المنحرفة على المريض ومناقشتها معه .

٢ - العلاج الديني : يهدف هذا النوع من العلاج إلى إعادة تربية المنحرف بإعادة صياغة محتويات أنه الأعلى أو ضميره الأخلاقي . ونقطة البداية في هذا العلاج تتمثل في مناقشة العقائد الإيمانية تمهيداً لتقويتها في نفسه لتكون بالتالي ينبوع سلوكه . فإذا نجحنا في بذر العقيدة الإيمانية في نفسه نعلمه كيف يمكن

دوافع الهوى<sup>(١)</sup> وكيف يشبعها في حدود الشرع . وكيف يلتزم بإشباع الدوافع الدينية في حدود الشرع أيضا .

٣ - العلاج السلوكي : يشمل هذا العلاج « العلاج بالتفكير » ويقوم على أساس تقديم خبرات غير سارة بمحاور السلوك غير المرغوب فيه على أمل أن يساعد ذلك في جعل المضطرب يعتمد عن ذلك .

ويشمل أيضا « العلاج بالتدعيم » الذي يبدأ أولا بتحديد أنواع السلوكيات التي نريد التخلص منها وفهم الظروف المحيطة بتكوين تلك السلوكيات بهدف تحديد الجهات التي تدعمها ، فليجأ المعالج إلى إزالة هذا التدعيم ، ويحل مكانه تدعيما لسلوكات مرغوب فيها ، والتدعيم قد يشمل الطعام والشراب وقد يكون تدعيما اجتماعيا كالدح والتشجيع<sup>(٢)</sup> .

وقد يلجأ المعالج السلوكي إلى تبديل أفكار المريض ومعتقداته واتجاهاته نحو نفسه ونحو الآخرين<sup>(٣)</sup> على أمل أن يتبدل تبعاً لذلك السلوكات غير المرغوب فيها . فقد أثبتت الكثير من البحوث أن اضطرابات الشخصية بأشكالها المختلفة تكون مصحوبة بطرق غامضة متناقضة في التفكير عن الذات والبيئة . وأن للمعتقدات تأثير كبير على الشخصية الإنسانية فكلما كانت هذه القيم منطقية ( تقوم على الإدراك الواقعي لقيمة الذات وقوتها ) كلما تضاعفت الاضطرابات وحل محلها التوافق والابتداع . وبالعكس كلما كانت هذه القيم لا منطقية ( يكون محورها الاعتماد على قوة خارجية ، ثروة ، سلطة ، تقاليد ... الخ ) كلما زاد بروز الانحرافات الاجتماعية ( إبراهيم ، ١٩٨٠ ) .

(١) انظر دوافع الهوى عند الإمام الغزالي في الفصل الأول .

(٢) العلاج بالتفكير أو التدعيم مبني أساساً على نظريات سكرت أحد علماء المدرسة السلوكية ويمكن الرجوع إلى كتاب « العلاج النفسي الحديث قوة للإنسان » للدكتور / عبد الستار إبراهيم ، عالم المعرفة ، ١٩٨٠ ، للاطلاع على أخطأ العلاج السلوكي ص ٢٩١ - ٢٨٨ .

(٣) هذا الأسلوب في العلاج مبني على أساس أن كثيراً من الانحرافات السلوكية تصمد إلى حد بعيد على وجود معتقدات فكرية عاطفية يبنها الفرد عن نفسه وعن بيئته . ويسمى أدلر هذه الأفكار « أسلوب الحياة » ويسميا البعض الفلسفة الشخصية « أما ألبرت آليس ( Ellis ) فيسميها « النافع المتصل » . ( إبراهيم ، ١٩٨٠ ، ص ٢١٦ ) .

ولفترة بسيطة لم يكن هذا الأسلوب مقبولا من السلوكيين أمثال ولي ، إلا أن لازروس Lazarose أثبت فعالية هذه الطريقة . ويطلق على هذا الأسلوب العلاجي أحيانا العلاج السلوكي المعرفي .

٤ - العلاج البيئي : يهدف هذا النوع من العلاج إلى تعديل العوامل البيئية التي قد تساهم في نشوء السيكوباتية ، داخل المنزل أو خارجه . وذلك بتوفير الرعاية الاجتماعية للسيكوباتي في الأسرة والمدرسة أو المؤسسة . وكذلك توفير أماكن مناسبة لقضاء وقت الفراغ ، وإشراكه في الأنشطة الاجتماعية الخيرية .... الخ .



## المراجع

- ١ - إبراهيم، عبد الستار ، العلاج النفسي الحديث قوة للإنسان ، عالم المعرفة الكويت ، ١٩٨٠ .
- ٢ - ابن القيم الجوزية ، الطب النبوي ، مراجعة وتعليق عبد الفتى عبد الخالق ود . عادل الأزهرى ، دار إحياء التراث العربى .
- ٣ - لرجبال ، ميشيل ، علم النفس ومشكلات الحياة الاجتماعية ، ترجمة د . عبد الستار إبراهيم ، دار القلم ، الكويت ، ١٩٧٧ .
- ٤ - أرسطو طاليس ، كتاب النفس ، ترجمة أحمد فؤاد الأهواني، الطبعة الثانية ، دار إحياء التراث العربى - القاهرة ١٩٦٢ .
- ٥ - الأهواى ، أحمد فؤاد ، أفلاطون ، دار المعارف ، القاهرة بلون تاريخ .
- ٦ - أبوب ، حسن محمد ، تبسيط العقائد الإسلامية ، الطبعة الثانية ، المطبعة المصرية الكويت ، ١٩٧٧ .
- ٧ - الباز ، محمد على ، التدخين وأثره على الصحة ، الدار السعودية للنشر والتوزيع ١٩٨٠ .
- ٨ - بركات ، محمد خليفة . عيادات العلاج النفسي والصحة النفسية ، دار القلم الكويت ١٩٧٨ .
- ٩ - بركات ، محمد خليفة ، علم النفس التعليمي ، دار القلم ، الكويت ١٩٧٧ .
- ١٠ - البنا ، الشيخ الحسن . مشكلاتنا في ضوء النظام الإسلامى . الكويت : المنار الإسلامية ، ١٩٧٧ .
- ١١ - تركي ، مصطفى أحمد ، الرعاية الوالدية وعلاقتها بشخصية الأبناء ، النهضة العربية القاهرة ، ١٩٧٤ .
- ١٢ - جوارد ، سيد م ، الشخصية بين الصحة والمرض ، ترجمة د . حسن الفتى ود . سيد خير الله ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية ، ١٩٧٣ .
- ١٣ - حسن ، محمد على ، علاقة الوالدين بالطفل وأثرها في جناح الأحداث ، الأنجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٧٠ .

- ١٤ - الدمرداش ، عادل ، الإدمان مظاهره وعلاجه ، عالم المعرفة ، ١٩٨٢ .
- ١٥ - دسوقي ، كمال . علم الأمراض النفسية ، دار النهضة العربية ١٩٧٤ .
- ١٦ - زهران ، حامد عبد السلام ، الصحة النفسية والعلاج النفسي ، عالم الكتب ، القاهرة ١٩٧٨ .
- ١٧ - زهران ، حامد عبد السلام ، علم النفس النمو ، عالم الكتب ، القاهرة ، ١٩٨٢ .
- ١٨ - الزبادى ، محمود ، علم النفس العام ، القاهرة ، الأنجلو المصرية ، ١٩٨٠ .
- ١٩ - سويف ، مصطفى ، الأسس النفسية للتكامل الاجتماعي ، القاهرة ، دار المعارف ، ١٩٦٠ .
- ٢٠ - سويف ، مصطفى ، مقدمة في علم النفس الاجتماعي ، القاهرة ، دار المعارف ، ١٩٦٨ .
- ٢١ - سوين ، ريتشارد م . ، علم الأمراض النفسية والعقلية ، ترجمة / أحمد عبد العزيز سلامة ، دار النهضة العربية ، القاهرة ١٩٧٩ .
- ٢٢ - غنيم ، سيد محمد ، سيكولوجية الشخصية : محدداتها وقياسها ونظرياتها . دار النهضة العربية ، ١٩٧٣ .
- ٢٣ - شيلدون وشيلدون ، علم نفس الشواذ ، ترجمة / أحمد عبد العزيز سلامة ، الكويت دار القلم ، ١٩٨١ .
- ٢٤ - الطيب ( محمد عبد الظاهر ) الآراء النفسية عند مسكويه . المسلم المعاصر ، ١٩٨٢ ، ٣٢ ، ١٣٣ - ١٤١ .
- ٢٥ - عاقل ، فاعر ، مفاهيم علم النفس ، دار العلم للملايين ، بيروت : الطبعة الخامسة ، ١٩٨١ .
- ٢٦ - عبد النصار ، عبد السلام ، مقدمة في الصحة النفسية ، القاهرة : دار النهضة العربية ، ١٩٧٦ .
- ٢٧ - عكاشه ، أحمد ، الطب النفسي المعاصر ، دار المعارف ، ١٩٦٩ .
- ٢٨ - الغريب ، رمزية . التعلم ، الأنجلو المصرية ، الطبعة السادسة ، القاهرة ١٩٧٨ .
- ٢٩ - الغزالي ، أبو حامد ، إحياء علوم الدين ، الجزءان الثالث والرابع ، بيروت المكتبة التجارية الكبرى ، ١٩٦٧ .

- ٣٠ - غلاب ، محمد ، الوجودية المؤمنة والملحمة ، الدار القومية للطباعة والنشر ، ١٩٦٥ .
- ٣١ - فرويد ، سيجموند ، معالم التحليل النفسي ، ترجمة د . محمد عثمان نجاني ، ١٩٨٣ .
- ٣٢ - فرويد ، سيجموند ، القلق ، ترجمة د . محمد عثمان نجاني ، ١٩٦٢ .
- ٣٣ - الفقي ، حامد عبد العزيز ، دراسات في سيكولوجية النمو ، دار القلم ، الكويت ، ١٩٨٣ .
- ٣٤ - القوصي ، عبد العزيز ، أسس الصحة النفسية ، مكتبة النهضة العربية ، الطبعة السابعة ، القاهرة ، ١٩٧٠ .
- ٣٥ - الكرسي ، زهير ، كيمياء السلوك الإنساني ، نظرة جديدة في علم النفس ، محاضرة في الأسبوع الثقافي بإدارة الخدمة النفسية ، ١٩٧٨ / ١٩٧٩ .
- ٣٦ - غنيم ، صلاح ، مدخل إلى الصحة النفسية ، الأنجلو المصرية ، القاهرة ١٩٧٢ .
- ٣٧ - مرسى ، كمال إبراهيم ، الطفل غير العادي من الناحية الذهنية ، دار النهضة العربية ، القاهرة .
- ٣٨ - مرسى ، كمال إبراهيم ، علاقة سمة القلق في المراهقة والرشد بالحيثيات المؤثرة في الطفولة ، مجلة كلية الآداب ، جامعة الملك سعود ، ١٩٨١ .
- ٣٩ - مرسى ، كمال إبراهيم ، علاقة القلق بالحصول الدراسي عند تلاميذ المدرسة الثانوية مجلة دراسات كلية التربية ، جامعة الملك سعود ١٩٨٢ .
- ٤٠ - مرسى ، كمال إبراهيم ، القلق وعلاقته بسمات الشخصية ، القاهرة ، النهضة العربية ١٩٧٨ .
- ٤١ - مرسى ، كمال إبراهيم ، سيكولوجية العنوان ، مجلة العلوم الاجتماعية ، جامعة الكويت ، ( تحت النشر ) .
- ٤٢ - مغاريوس ، صمويل ، الصحة النفسية والعمل المدرسي . النهضة المصرية ، الطبعة الثانية ، القاهرة ، ١٩٧٤ .
- ٤٣ - المليجي ، عبد المنعم عبد العزيز ، تطور الشعور الديني ، القاهرة ، دار المعارف ١٩٥٥ .

٤٤ - نجاتي ، محمد عثمان ، علم النفس في حياتنا اليومية ، الكويت ، دار القلم ، ١٩٨٣ .

٤٥ - نجاتي ، محمد عثمان ، القرآن وعلم النفس ، القاهرة ، دار الشروق ، ١٩٨٢ .

- Adler A., Individual Psychology in Lindzey and Hall Theories of Personality. New York : Wiley, 1965, pp.49 -58
- Allgeier, A.R. Minimizing Therapist Supervision in the treatment of enuries. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1976,7,371 - 372.
- Allport, The Man in Psychology. New York : 1961
- Bakwine H. & Bakwine R.M., Clinical Management of Behavior : Disorders in Children, London : W. 13, Sauarders Co., 1966
- Beller. B.K. Exploratory Studies of dependance. New York : Academy of Science, Ser 11 Vol., 2No. 6. 1959
- Bennett, Iny. Delinquent and Neurotic Children : A Comparative Study. New York : Basic Books, 1954
- Berg I. Day Wetting in Children. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1979, 20, 167 - 173
- Bernard H.W. Mental Hygien for Classroom Teachers. 2nd. ed. New York : Mc Graw - Hill, 1962
- Books C. Abnormal Psychology. California : Communications Research M. Inc., 1972
- Bowlby J. Psychopathology of anxiety : The Role of affection bonds. In M.H. Landet, studies of Anxiety. London, Psychiatric Assoc., 1966 pp. 80 - 85
- Butcher J.N. Abnormal Psychology, Brooks / Cole Publishing Company, 1971
- Davitz G.R., The Effect of Previous Training of Post Frustration tn G.V Aubrey. Frustration and Conflict. 2nd ed. New York Insight Books Co., 1968. pp. 49 - 62

- Day H.L. & Berlyne D.E. & Hunt D.E., Intrinsic Motivation A new direction in Education. Canada : Holt, 1970
- Dollard G., Doof, L.W., Miller N.E., Mowrer O.H. and Sears R., Frustration and aggression, 15th ed. New York; Yale University Press, 1968.
- Eysenck H.G. Biological Basic of Personality, in Lindzy and Hall Theories of Personality. New York : Wiley, 1965, pp. 282 - 287
- Fleming C.M. Adolescence in Social Psychology, London, Routledge & Kegan Paul, 1967.
- George J.W., Coleman Co., & Williams P., The Systemic Use of Positive and Negative Consequence in Managing Classroom encopresis, Journal of School Psychology, 1977, 15 (3) 250 - 254
- Gessell A.L., The Retarded Child, How to help him, Public School publishing Co., 1938
- Gordan P. L., An experimental program for slow Learner, Adolescents Educational Leadership 17, No. 3, 1959.
- Grossman H.J. Manual of Terminology and Classification in Mental Retardation. Baltimore :1977.
- Henderson p., Disability in childhood and youth, London : Oxford University Press, 1974.
- Holme R., Abnormal Psychology, California C.R.M Books, 1972
- Hountras P. (ed.) Mental Hygiene. Ohio : Charles Books, 1968
- Hunt J.M Personality and the Behavior Disorders, The Ronald Press Co., New York, 1944.
- Jerome Liss, Les Thérapies Corporelles a la Lumière des expériences d' Henri, Labourit, Psychologie, Mars, 1982
- Johnson G.O., Education for the slow learner, Prentice- Hall Inc., 1963.

- Johson A.M & Robinson D.B., The Sex deviont ( Sexual Psychopath ) Causes. Treatment and prevention. Journal A.M.A 1957, 164 (15), 59 - 81
- Jones H.E. Environmental Influences on Mental Develop- ment, New York, John Willey, 1946.
- Kauffman G.M., Characteristics of Childre's behavior disorders, ( 2nd ed. ) London, Charles E. Merrill Pub., Comp., 1981
- Kessel M. & Grossman G. Suicide in Alcoholics, BMJ, 1961
- Kessler J.W. Psychopathology of Childhood, New Jersey : Prentice- Hall, Inc., 1966
- Koch R. & F. de la Cruz. Down's Syndrome ( Mongolism ) New York : Brunner Mazel, 1975.
- kolstoe; D.P. Mental Retardation, An Educational View Point, Univesity of Northern Colorado, 1972
- Levinson A. The Mentally Retarded Child, Greenwood Press, publishers, 1975
- Maier N.R., & Allen P. The Integrative Value of Concepts in Frustration Theories. Journal of Consult. Psy., 1959, 23(3) 195 -206 .
- Maslow A.H. The Further reaches of human Nature, New York, The Viking Press, 1972
- Masserman J. Behavior and Neurosis, an experimental Psychoanalytic Approach to Psycho - biologic Principles, Chicago University of Chicago Press, 1943.
- Maw H.H. & Maw E.W. Nature of High and low Curiosity. Journal Child develop. 1970. 41 (1) 123 - 129
- Mc Donald J.E. & Sheperd G. School Phobia : An Overview. Journal of School Psychology 1976, 14, 291 - 306
- Mckenry, P., Walters, L.H. & Johnson, C. Adolescent pregnancy. The Family Co- ordinators. 1979, 28, 17 - 30

- Mcleland D.C., The Achieving Society N.J. Van Nostrand, 1961.
- Medinnus G.R., Adolescents self acceptance and Perceptions of their Parents. J. Consult, Psychol, 1964. 29 (2) 150 - 154.
- Millman, H.L.; Schaefer, C.E. & Cohen, J.J. Therapies For School behavior problems London : Jossy - Bass Publ., 1981
- Mowrer O.R., Learning Theory and Personality Dynamics, New York : Ronald Press, 1950
- Mussen, P.L. et al., Readings in Child Development and Personality, ( 2nd ed. ) New York, Harper & Row Publisher, 1970
- Murray E.J. Motivation and Emotion. New Jersey : Hall, 1964
- Pollitt J., The Natural History of Hysterical States, Brit-med.J. 1, 194, 1957
- Rigger T.F. & Rigger S.W., Career Education and Rehabilitation for the mentally Handicapped, Charles C. Thomas Publisher, 1980
- Ross A.O. Learning Disability the unrealised Potential. New York McGraw Hill Book Co., 1977
- Rubin R.A. & Balow B., Prevalence of teacher - identified behavior problems, Exceptional Children, 1978, 45, 102 - 111
- Sarason S., Davidson L.S., Lighthall P.F. & Waite R.R., Anxiety in elementary school Children, London, Wiley, 1960
- Schaefer C.E., Childhood encopresis and enuresis, New York, Reinhold, 1979
- Slater E., The Genetics of Manic - Depressive Insanity, 2 ges., Neurol Psychiat 193, - 1 - 198, 216 1938. Schizophrenic - Like Psychoses, Brit. J.Psychiat. Vol. 109 No. 458, 1963
- Stekel W., Anxiety Neurosis and their treatment, 1st ed. N.Y., New York, 1946

- Suinn M.R. Fundamentals of behavior Pathology, John Willey & Sons Inc. New York, 1970
- Swison R.O. et al., Alcoholism and Addiction. McDonald & Evans Ltd., 1978
- Telford C.W. et al. The Exceptional Individual, 4th ed., New Jersey:, Prentice Hall Inc., Englwood Cliffs, 1981
- Williams L., Alcoholism Explained. Evans 1967
- Wolpe J., The Practice of Behavior. Pergman Press, 1969.



## المخرجات

الصفحة	الموضوع
٧	المقدمة
١٣	الفصل الأول : مفهوم الصحة النفسية
١٤	تمهيد
١٥	الصحة النفسية في الفكر الأخرقي
١٩	الصحة النفسية عند الغزالي
٢٣	الصحة النفسية وعلم النفس الحديث
٢٣	١ - الصحة النفسية والتحليل النفسي
٢٣	(أ) أفكار فرويد
٢٦	(ب) أفكار تلاميذ فرويد
٢٩	٢ - الصحة النفسية والممارسة السلوكية
٢٩	(أ) السلوكية التقليدية
٣١	(ب) السلوكية الحديثة
٣٦	٣ - الصحة النفسية ومدرسة الجشطالت
٣٩	٤ - الصحة النفسية ومدرسة المجال
٤٢	٥ - الصحة النفسية والنظرية الوظيفية
٤٤	٦ - الصحة النفسية وفرضية مطالب النمو
٤٧	٧ - الصحة النفسية والوجودية
٥٠	٨ - الصحة النفسية والمذهب الإنساني
٥٣	الصحة النفسية والعلوم الطبية
٥٧	الصحة النفسية والدين الإسلامي
٦١	مؤشرات الصحة النفسية
٦٤	الصحة النفسية وسيكولوجية التوافق
٦٧	مفهومنا للصحة النفسية

٦٩	الفصل الثاني : الحاجات وعلاقتها بالصحة النفسية
٧١	تمهيد
٧١	الحاجة
٧٢	الذافع
٧٢	السلوك الوسيط
٧٣	تصنيف الحاجات
٧٦	الحاجات العضوية :
٧٧	١ - الحاجة إلى الطعام
٨٢	٢ - الحاجة إلى الجنس
٨٧	٣ - الحاجة إلى النشاط والراحة
٩٠	٤ - الحاجة إلى الإخراج
٩٢	الحاجات غير العضوية :
٩٤	١ - الحاجة إلى الأمن
٩٧	٢ - الحاجة إلى حب الاستطلاع
٩٨	٣ - الحاجة إلى الإنجاز
١٠٠	٤ - الحاجة إلى الاعتماد على النفس
١٠٢	٥ - الحاجة إلى أن يُحِبَّ ويُحَبَّ
١٠٤	٦ - الحاجة إلى التقدير والاستحسان
١٠٦	٧ - الحاجة إلى الصحة والانتقاء
١٠٨	٨ - الحاجة إلى الدين
١١٢	تحقيق الذات
١١٥	تدرج الحاجات
١١٧	مبادئ إشباع الحاجات
١٢٣	الفصل الثالث : سيكولوجية التوافق
١٢٥	تمهيد
١٢٥	تحليل عمليات التوافق
١٣٠	عوائق التوافق :
١٣٠	١ - العوائق الجسمية
١٣٠	٢ - العوائق النفسية

الصفحة	الموضوع
١٣١	٣ - العوائق المادية والاقتصادية
١٣١	٤ - العوائق الاجتماعية
١٣١	العوائق والصحة النفسية :
١٣٣	الإحباط :
١٣٣	عتبة الإحباط
١٣٥	نتائج الإحباط
١٣٥	١ - الإحباط يؤدي إلى العلوان
١٣٧	٢ - الإحباط يؤدي إلى التكوثر
١٣٨	٣ - الإحباط يؤدي إلى أنماط سلوكية مختلفة
١٤٠	علاقة الإحباط بالصحة النفسية
١٤٣	الصراع النفسي
١٤٤	حل الصراع
١٤٦	الصراع والصحة النفسية
١٤٧	القلق
١٤٨	القلق والتحليل النفسي
١٤٩	القلق والمدرسة السلوكية
١٥٠	الاستعداد للقلق
١٥١	القلق والصحة النفسية
١٥٢	الحيل النفسية الدفاعية
١٥٤	أشكال الحيل النفسية
١٥٤	١ - الإنبال
١٥٧	٢ - الإنكار
١٥٧	٣ - التعويض
١٥٩	٤ - الإعلاء
١٦١	٥ - تكوين رد الفعل
١٦٢	٦ - التبرير
١٦٤	٧ - الإسقاط
١٦٥	٨ - التوحد
١٦٦	٩ - الخلفة

الصفحة	الموضوع
١٦٧	١٠ - الكبوت
١٦٩	١١ - النكوص
١٧٠	١٢ - أحلام اليقظة
١٧٢	١٣ - الإنسحابية
١٧٤	لحل النفسية والصحة النفسية
١٧٥	تقوم التوافق
١٧٩	الفصل الرابع : الاضطرابات النفسية والعقلية
١٨١	قهاء
١٨٢	الاضطرابات النفسية
١٨٢	تعريفها
١٨٢	مدى انتشارها
١٨٣	تفسيراتها
١٨٣	١ - التفسير البدائي
١٨٤	٢ - التفسير الإسلامي
١٨٥	٣ - التفسيرات الوضعية :
١٨٥	( أ ) النظرية الوراثية
١٨٦	( ب ) النظريات البيئية
١٨٧	( ج ) النظرية السلوكية الحديثة
١٨٨	علاج الاضطرابات النفسية
١٨٩	١ - العلاج النفسي :
١٨٩	( أ ) التحليل النفسي
١٩٠	( ب ) العلاج النفسي المهادف
١٩٠	( ج ) العلاج الجماعي
١٩٠	( د ) العلاج المتمركز حول ذات العميل
١٩١	( هـ ) العلاج الوجودي
١٩١	( و ) العلاج السلوكي
١٩٣	٢ - العلاج الاجتماعي :
١٩٣	( أ ) العلاج بالعمل

الصفحة	الموضوع
١٩٣	(ب) العلاج باللعب
١٩٣	(ج) العلاج الأسري
١٩٣	(د) العلاج بالترفيه
١٩٤	٣ - العلاج الديني
١٩٥	٤ - العلاج العضوي
١٩٥	أنماط من الاضطرابات النفسية
١٩٦	١ - عصاب القلق
١٩٦	تعريفه
١٩٧	أسبابه
١٩٧	(١) العوامل النفسية
١٩٧	(ب) العوامل البيئية
١٩٨	(ج) العوامل الوراثية
١٩٨	(د) العوامل الفسيولوجية
١٩٨	علاج عصاب القلق :
١٩٩	(١) العلاج النفسي
١٩٩	(ب) العلاج العضوي
٢٠٠	(ج) العلاج الاجتماعي
٢٠٠	(د) العلاج الديني
٢٠٠	نموذج لعصاب القلق
٢٠٢	٢ - المستعربا :
٢٠٣	أعراضها
٢٠٤	أسبابها
٢٠٤	(١) العوامل النفسية
٢٠٥	(ب) العوامل الفسيولوجية
٢٠٥	علاج المستعربا :
٢٠٥	(١) العلاج النفسي
٢٠٦	(ب) العلاج العضوي

الصفحة	الموضوع
٢٠٦	نماذج من الحالات المستترة .....
٢٠٨	الخلاصة .....
٢٠٩	٣ - عصاب الوسواس القهري : .....
٢١٠	أعراضه .....
٢١١	أسبابه : .....
٢١١	( أ ) العامل الوراثي .....
٢١١	( ب ) العامل النفسي .....
٢١١	( ج ) العامل الفسيولوجي .....
٢١١	( د ) العامل الاستعدادي .....
٢١٢	( هـ ) العامل الدنيي .....
٢١٢	علاج الوسواس القهري .....
٢١٢	( أ ) العلاج النفسي .....
٢١٣	( ب ) العلاج الاجتماعي .....
٢١٣	( ج ) العلاج العضوي .....
٢١٣	( د ) العلاج الدنيي .....
٢١٤	نماذج لعصاب الوسواس القهري .....
٢١٦	الخلاصة .....
٢١٦	الاضطرابات العقلية .....
٢١٨	الأعراض الأساسية للاضطرابات العقلية .....
٢١٨	مدى انتشار الاضطرابات العقلية .....
٢١٩	تفسيرات الاضطرابات العقلية .....
٢٢٠	علاج الاضطرابات العقلية .....
٢٢٠	( أ ) العلاج العضوي .....
٢٢٠	( ب ) العلاج النفسي .....
٢٢٠	أنماط من الاضطرابات العقلية وعلاجها .....
٢٢٠	١ - الفصل .....
٢٢١	أعراضه .....
٢٢٣	مدى انتشاره .....
٢٢٣	أسبابه : .....

الصفحة	الموضوع
٢٢٣	(أ) العوامل الوراثية
٢٢٤	(ب) العوامل الشخصية
٢٢٤	(ج) العوامل البيئية
٢٢٥	(د) العوامل البيوكيميائية
٢٢٥	علاج الفصم :
٢٢٥	(أ) العلاج العضوي
٢٢٦	(ب) العلاج النفسي
٢٢٦	(ج) العلاج الاجتماعي
٢٢٦	(د) العلاج بالعمل
٢٢٧	(هـ) العلاج الأسري
٢٢٧	(و) علاجات أخرى
٢٢٧	نماذج لحالات فصامية
٢٣٠	الخلاصة
٢٣٠	٢ - الاكتئاب الذهاني
٢٣١	أعراضه
٢٣٢	مدى انتشاره
٢٣٢	أسبابه :
٢٣٢	(أ) العامل الوراثي
٢٣٣	(ب) العوامل البيئية
٢٣٣	(ج) العوامل البيوكيميائية
٢٣٣	علاج الاكتئاب الذهاني
٢٣٤	(أ) العلاج العضوي
٢٣٤	(ب) العلاج النفسي
٢٣٥	نماذج من حالات الاكتئاب الذهاني
٢٣٦	الخلاصة
٢٣٧	٣ - ذهان الشيخوخة
٢٣٧	أعراضه
٢٣٨	أسبابه :
٢٣٨	(أ) العوامل البيوكيميائية

الصفحة	الموضوع
٢٣٨	(ب) العوامل النفسية
٢٣٩	(ج) العوامل البيئية
٢٣٩	علاج ذهان الشيخوخة :
٢٣٩	(١) العلاج العضوي
٢٤٠	(ب) العلاج النفسي
٢٤٠	(ج) العلاج الاجتماعي
٢٤٠	نماذج من ذهان الشيخوخة
٢٤١	الخلاصة
٢٤٣	الفصل الخامس : مشكلات الطفولة
٢٤٥	تمهيد
٢٤٦	صعوبات تحديد المشكلة
٢٤٧	تعريف مشكلات الطفولة
٢٤٨	تصنيف المشكلات
٢٤٩	تشخيص المشكلات
٢٥٢	حجم المشكلات
٢٥٣	أسباب المشكلات
٢٥٣	أولا : العوامل الجسمية
٢٥٤	ثانيا : العوامل النفسية
٢٥٤	ثالثا : العوامل الأسرية
٢٥٩	رابعها : العوامل المدرسية
٢٦٠	تعدد عوامل المشكلات
٢٦٠	علاج مشكلات الطفولة
٢٦١	العلاج الطبي
٢٦١	العلاج النفسي
٢٦١	مسؤوليات المدرس نحو الطفل صاحب المشكلة
٢٦٤	بعض مشكلات الأطفال
٢٦٤	الخواف المرضية



الصفحة	الموضوع
٢٦٤	انفعال الخوف
٢٦٦	كيف تنشأ المخاوف ؟
٢٧٠	الوقاية من المخاوف المرضية
٢٧٢	علاج المخاوف المرضية
٢٧٢	( أ ) العلاج بالاستبصار
٢٧٢	( ب ) العلاج السلوكي
٢٧٣	فوبيا المدرسة
٢٧٤	أعراض فوبيا المدرسة
٢٧٤	نشأة فوبيا المدرسة
٢٧٥	تفسير التحليل النفسي
٢٧٥	تفسير السلوكية
٢٧٦	العلاج :
٢٧٦	طريقة العلاج بالاستبصار
٢٧٧	طريقة العلاج السلوكي
٢٧٨	الغيرة
٢٨١	الاستهداف للغيرة الشديدة
٢٨٢	الغيرة عند الأطفال
٢٨٦	الغيرة في المدرسة
٢٨٧	العلاج والوقاية
٢٩٠	التبول اللاإرادي
٢٩١	القدرة على ضبط عمليات المثانة
٢٩٢	التأخر في ضبط عمليات المثانة
٢٩٢	أسباب التبول اللاإرادي
٢٩٩	العلاج :
٢٩٩	١ - العلاج بالاستبصار
٣٠٠	٢ - العلاج السلوكي

٣٠٣	الفصل السادس : بعض المشكلات التربوية والسلوكية ..
٣٠٥	تمهيد .....
٣٠٥	التخلف العقلي .....
٣٠٧	تعريف المشكلة وتشخيصها ..
٣١١	أسباب التخلف العقلي :
٣١٢	١ - أسباب ما قبل الولادة ..
٣١٣	٢ - أسباب تتصل بالولادة ..
٣١٣	٣ - أسباب بعد الولادة ..
٣١٤	الوقاية .....
٣١٥	الرعاية .....
٣١٦	التخلف العقلي والصحة النفسية .....
٣١٧	نماذج التخلف العقلي .....
٣٢١	الطفل بطيء التعلم .....
٣٢٦	حجم المشكلة .....
٣٢٦	تشخيص المشكلة .....
٣٢٧	مشكلات الطفل بطيء التعلم ..
٣٢٧	١ - مشكلات نفسية اجتماعية .....
٣٢٨	٢ - مشكلات مدرسية .....
٣٢٨	٣ - مشكلات جسمية .....
٣٢٩	الوقاية والعلاج .....
٣٣٠	نموذج من الأطفال بطيئي التعلم .....
٣٣٣	الإدمان .....
٣٣٣	تمديد المصطلحات ..
٣٣٥	الخصائص السلوكية للمدمن ..
٣٣٦	تفسير الإدمان ..
٣٣٦	( أ ) التحليل النفسي ..
٣٣٧	( ب ) المدرسة السلوكية ..
٣٣٧	( ج ) التفسير الاجتماعي ..

الصفحة	الموضوع
٣٣٩	(د) التفسير البيولوجي
٣٣٩	(هـ) خصائص العقار المستعمل
٣٤٠	الوقاية
٣٤٢	العلاج
٣٤٢	(أ) العلاج المضوي
٣٤٢	(ب) العلاج النفسي
٣٤٤	(ج) العلاج الذهني
٣٤٤	التدخين
٣٤٦	أسباب التدخين
٣٤٦	(أ) العوامل النفسية
٣٤٦	(ب) العوامل الاجتماعية
٣٤٧	(ج) العوامل الجسمية
٣٤٧	التدخين والصحة النفسية
٣٤٨	الوقاية
٣٤٩	العلاج
٣٤٩	(أ) الإقلاع الفجائي
٣٤٩	(ب) الجماعات العلاجية
٣٤٩	(ج) العقاقير
٣٤٩	(د) العلاج السلوكي
٣٥٠	الشخصية السيكرهائية :
٣٥٠	تطور المصطلح
٣٥١	أعراضها
٣٥٢	أسباب المشكلة :
٣٥٢	١ - العوامل النفسية
٣٥٤	٢ - أساليب التنشئة الاجتماعية
٣٥٥	٣ - العوامل العضوية
٣٥٥	٤ - العوامل الوراثية
٣٥٦	الوقاية
٣٥٨	العلاج

الصفحة	الموضوع
٣٥٨	١ - العلاج النفسي
٣٥٨	٢ - العلاج النفسي
٣٥٩	٣ - العلاج السلوكي
٣٦٠	٤ - العلاج البيئي
٣٦١	المراجع
٣٦٩	فهرس الأشكال
٣٧٠	فهرس المحتويات

## فهرس الأشكال

- الشكل ( ١ - ١ ) بين المجال الحيوى للفرد كما يراه كورت ليفين . ٤٠
- الشكل ( ١ - ٢ ) رسم توضيحي للحاجة إلى الطعام وما يرتبط بها من دوافع وميكانيزمات وأشياء . ٧٤
- الشكل ( ٢ - ٢ ) مدرج الحاجات عند ماسلو ٧٥
- الشكل ( ٣ - ٢ ) بين الغدد الصماء عند الإنسان . ٨٣
- الشكل ( ١ - ٣ ) رسم توضيحي للتوافق السهل ١٢٦
- الشكل ( ٢ - ٣ ) رسم توضيحي للتوافق الصعب ١٢٨
- الشكل ( ٣ - ٣ ) رسم توضيحي للأساليب غير المباشرة للتوافق في مواقف الإحباط . ١٥٣
- الشكل ( ٤ - ٣ ) تصنيف لأهم الحيل النفسية الهجومية ١٥٥











 Библиотека Александрина



0546631